Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 21. 21. maja 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

W. BROSS i P. KUBIKOWSKI. Lwów.

Wpływ prostygminy w wypadkach pooperacyjnego zatrzymania moczu, oraz badania doświadczalne nad działaniem jej na pęcherz moczowy u zwierząt.

Z Kliniki Chirurgicznej i z Instytutu Farmakologji Doświadczalnej U. J. K.

I.

Odruchowe zahamowanie moczu jest jednem z najczęstszych powikłań występujących po zabiegach chirurgicznych. Powikłanie to występuje nietylko po zabiegach na samym pęcherzu, lub innych narządach leżących w miednicy małej, ale wystąpić też może po zabiegach wykonywanych na narządach nawet odległych. M a r x (1) opisuje przypadek zatrzymania moczu, po założeniu gipsu przy biodrze szpotawem *(coxa vara)*. Według zestawień Q u a c k'a, powikłanie to ma miejsce w 40%. R o s e n b e r g podaje 33.8%. M a r x (1) zaś ustala tę liczbę na 18.7%. Mając na uwadze poważne następstwa mogące wystąpić w związku z tem powikłaniem jak np. częste wtórne zapalenia pęcherza spowodowane cewnikowaniem (61.2—80% wd. F r a n z a (2), starano się energicznie zwalczać powyższe cierpienie, stosując szereg środków lub zabiegów z mniejszym lub większym skutkiem. Zanim jednak przystąpimy do omawiania sposobów zwalczania odruchowego zahamowania moczu, oraz środków stosowanych przy tem cierpieniu, należy wspomnieć o mechanizmie powodującym wydalanie moczu w warunkach prawidłowych i o czynnikach biorących udział w tym procesie. Do dziś nie znamy wprawdzie jeszcze dokładnie mechanizmu wydalania moczu. Według M ü l l e r a (3) proces ten odbywa się wskutek skurczu trzech warstw mięśni gładkich *(detrusor)* tworzących ścianę pęcherza. Skurcz mięśnia wypieracza moczu następuje przy równoczesnem zwiotczeniu zwieraczy *(sphinct. trigonalis* — gładki oraz *sphinct. ext.* — poprzecznie prążkowany).

D e n n i g (4) na podstawie badań rentgenologicznych twierdzi, że przed oddaniem moczu zauważyć można ruch falisty dna pęcherza *(fundus vesicae)* i na podstawie tego twierdzi, że najpierw występuje skurcz mięśnia wypieracza a dopiero następowo przychodzi do zwiotczenia zwieracza.

Mięśnie gładkie pęcherza unerwione są przez nerwy podbrzuszne *(nn. hypogastrici)* (sympatyczne) i przez nerwy biodrowe *(nn. pelvici)* (parasympatyczne) należące do autonomicznego układu nerwowego; nerw rdzeniowy sromowy *(n. pudendus)* zaopatruje poprzecznie prążkowany zwieracz zewnętrzny *(sphinct. ext.)* (Rysunek 1).

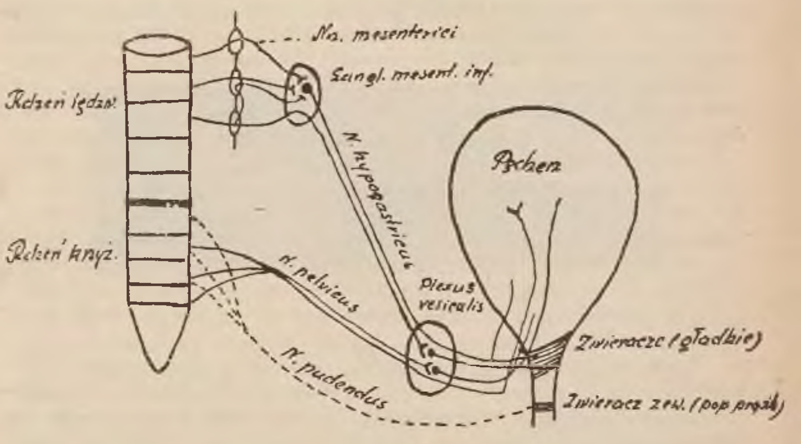
Wydalanie moczu w prawidłowych warunkach spowodowane jest podrażnieniem układu parasympatycznego przez nerwy biodrowe *(nn. pelvici)*, które według F e l l n e r'a przewodzą bodźce, powodujące skurcz mięśnia wypieracza oraz zwiotczenie antagonistycznych mięśni zwieracza.

O działaniu układu sympatycznego nie mamy dotąd dokładnych danych.

D e n n i g (5) w doświadczeniach swoich wykazał, że przecięcie u psów nerwów podbrzusznych i sromowych *(nn. hypogastrici pudendi)* nie powodowało zaburzeń w świadomem wydalaniu moczu. Wyniki badań D e n n i g'a potwierdziły badania E l l i o t'a (6), który nie obserwował u zwierząt po tym zabiegu żadnych zmian, chyba to, że częściej oddawały mocz. M ü l l e r (3) wykazał dwa różne ośrodki w rdzeniu kręgowym dla pęcherza, jeden w części lędźwiowej, drugi zaś w części krzyżowej. Nie jest natomiast jeszcze sprawą zupełnie rozstrzygniętą, jakiemi drogami dochodzi do rdzenia wrażenie skurczu mięśni gładkich. Według niektórych autorów (Müller) przewodnictwo dośrodkowe podniet od pęcherza do rdzenia odbywa się trzema drogami, mianowicie przez zwoje podbrzuszne *(plex. hypogastr.)* (przez sympatyczny sznur graniczny), przez nerwy biodrowe *(nn. pelvici)* (krzyżową część systemu parasympatycznego), oraz przez nerw sromowy (z *pars prostatica)*.

L a n g l e y natomiast i jego szkoła przyjmują, że podniety idą drogą dośrodkową tylko przez nerwy biodrowe *(nn. pelvici)*, a nawet F r ö h l i c h i M a y e r starali się to wykazać doświadczalnie.

Nie jest również dostatecznie rozstrzygnięte, jakiemi drogami w rdzeniu dochodzi wrażenie skurczów pęcherza do naszej świadomości i gdzie w mózgu znajduje się ośrodek. B e c h t e r e w wprawdzie drażniąc okolicę zwoju esowatego *(gyr. sigmoid.)* przed i poza rowkiem krzyżowatym *(sulc. cruciatus)* u psów i kotów zauważył skurcze pęcherza. Zdaniem jednak Müllera mięśnie gładkie pęcherza *(m. detrusor i sph. internus)* nie otrzymują bezpośrednich bodźców z kory mózgowej.



Schemat unerwienia pęcherza według Denniga.

Rys. 1.

B u d g e, drażniąc górne odcinki rdzenia, powodował skurcz pęcherza. Potwierdził to S t e w a r t otrzymując skurcz pęcherza przez drażnienie grzbietowych części sznurów bocznych rdzenia. M ü l l e r nie wyklucza również przypuszczenia B u d g e'go, że częściowo i przez sznur graniczny *(truncus sympaticus)*, przechodzą wrażenia czuciowe. Na poparcie tego przytacza spostrzeżenia własne na chorych z zupełnem rzekomo przerwaniem poprzecznem rdzenia krzyżowego, oraz ze zniszczeniem wszelkich dróg rdzeniowych i zupełnem zniesieniem czucia dolnej połowy ciała, u których bezpośrednio przed oddaniem mimowolnem moczu przychodziło do bliżej nieokreślonych wrażeń w okolicy pęcherza. Wychodzi on również z założenia, że niema w korze mózgowej właściwego ośrodka dla pęcherza, chociaż czynność jego zależy od naszej woli i należałoby wnosić o ośrodku korowym, przypuszcza raczej, że przez świadome pobudzenie mięśni poprzecznie prążkowanych, znajdujących się u podstawy pęcherza i obniżenie napięcia poprzecznie prążkowanego zwieracza cewki *(compressor urethrae)* przychodzi do wywołania odruchów w wegetatywnym układzie nerwowym, co w następstwie powoduje wydalenie moczu.

Pewną jest rzeczą, że zamknięcie pęcherza bezpośrednio po opróżnieniu spowodowane jest świadomym skurczem mięśni — kulszowojamistego i opuszkowojamistego *(ischio- i bulbocavernosus)* oraz zwieracza cewki *(compressor urethrae)*, powodującym przymusowo równoczesny skurcz zwieracza wewnętrznego pęcherza *(sph. intr.)* i zwiotczenie wypieracza *(detrusor)* — (M ü l l e r).

Z badań histologicznych (M i c h a i ł o w i in.) wynika, że błona śluzowa pęcherza zawiera liczne zakończenia czuciowe. Twierdzeniu temu jednak zaprzecza M ü l l e r, uważając twierdzenie takie za mało prawdopodobne, ponieważ błona śluzowa pęcherza nie reaguje na dotyk i temperaturę; normalnie zresztą nie otrzymuje żadnych bodźców, gdyż styka się tylko z moczem posiadającym temperaturę ciała. Przytacza przytem doświadczenia Z i m m e r m a n n a, wykonane na nim samym, który odczuwał przy wprowadzeniu cewnika tylko pewne sensacje w okolicy zwie-

racza, błona śluzowa zaś pęcherza nie reagowała na bodźce zadane cewnikiem, ani też na bodźce cieplne.

Bóle zaś występujące przy silnem podrażnieniu błony śluzowej prądem elektrycznym, zarówno jak i bóle powstające przy zapaleniach pęcherza *(cystitis)*, lub procesach rozpadowych (gruźlica) spowodowane są nie przez zadrażnienie lub uszkodzenie błony śluzowej, lecz przez odruchowy skurcz mięśni gładkich pęcherza *(tenesmus)*.

Wypełnienie pęcherza odbywa się w normalnych warunkach bez bólu i przykrego uczucia. Po pewnym czasie odczuwa się jednak przykre sensacje, które mogą przejść w ból, o ile nie nastąpi wypróżnienie pęcherza. Według Müllera parcie na mocz występujące dopiero przy znacznie wypełnionym pęcherzu wywołane mogłoby być rozdęciem ściany pęcherza, gdyby jednak tak było, to parcie utrzymywałoby się stale; wiemy jednak, że zniknąć może mimo nieoddania moczu, by jednak po pewnym czasie wrócić w wzmożonem natężeniu. Może również przyjść do silnego parcia przy średniem lub małem wypełnieniu pęcherza, jeżeli się na to skoncentruje uwagę. (wpływ psychiczny).

Z powyższego rozważania wynika, że parcie na mocz wywołane jest raczej skurczem mięśni gładkich, a nie zależy od stopnia wypełnienia pęcherza i rozdęcia ścian. Zkolei rzeczy przechodzimy do omówienia zaburzeń w oddawaniu moczu. Z badań fizjologicznych i spostrzeżeń klinicznych wiemy, że warunkiem świadomego wypróżnienia pęcherza jest zachowanie ciągłości dróg rdzenia. Całkowite przerwanie (uraz), lub uszkodzenie rdzenia *(sclerosis mult., tabes* i in.) niezależnie od umiejscowienia pociąga za sobą zaburzenie w oddawaniu moczu. Także i przy nieuszkodzonym rdzeniu przychodzi często, szczególnie po zabiegach operacyjnych — jak wyżej wspomniano — do odruchowego zatrzymania moczu. Odgrywają w tem rolę również i dyspozycje neuropatyczne. Znane są przypadki, kiedy dopiero po pewnym czasie po operacji, nagle przyszło do zatrzymania moczu. Różnie więc starano się wytłumaczyć to powikłanie i różnym czynnikom przypisywano wpływ na powyższe cierpienie.

Schlesinger (7), uważając powstanie powyższego cierpienia na tle nerwowem, starał się zwalczać odruchowe zatrzymanie moczu leczeniem sugestywnem. Otrzymywał dobre wyniki po wstrzyknięciu dożylnem 10 cm³ fizjologicznego roztworu NaCl. Jalcowitz (8) uważa za przyczynę tego powikłania przewrażliwość aparatu nerwowo-mięśniowego pęcherza, powstałego skutkiem przesunięcia równowagi kwasów i zasad w kierunku zasad. Po podaniu chlorku amonowego *per os*, lub *per rectum* uzyskiwał w 87% dobre wyniki. Wojtaszewski (9) starał się zwalczać zatrzymanie moczu na tle nerwowem (na podstawie doświadczeń na psach) przez wprowadzenie podskórne $MgSO_4$. Wiemy bowiem, że środek ten posiada zdolność hamowania odruchów.

Ponadto starano się usunąć to powikłanie najrozmaitszemi sposobami jak ciepłemi okładami, gliceryną borową (Giaccone, Butureanu i in.) podawaniem *kal. acet.* (Reiner), wstrzykiwaniami 1% pilokarpiny podskórnie, lub urotropiny dożylnie (Vogt). V. Takáts (10) uważa urotropinę za środek doskonały; ujemne wyniki, zdaniem jego, spowodowane są skurczem zwieraczy na tle nerwowem (histerycznem).

Butureanu (11) po urotropinie nie miał jednak zadawalających wyników, inni autorzy zauważyli nawet krwiomocz i silne parcie (Hielt), niekiedy występowały wybroczyny w błonie śluzowej pęcherza (Gragert).

Köhler (12) zwalczał zatrzymanie moczu znieczulaniem błony śluzowej odbytnicy, wychodząc z założenia, że równoczesne otwarcie obu zwieraczy *(m. sphinct. vesicae et ani)* jest niemożliwe, ponieważ oba mięśnie są do pewnego stopnia antagonistami. Dragonas wprowadza nawet analogicznie do pojęcia moczowo-płciowego *(genitovesicalis)* zahamowania moczu (niemożność oddania moczu przy erekcji), odbytowo-pęcherzowe *(rectovesicalis)* zahamowanie moczu (niemożność w większości przypadków równoczesnego oddania moczu i stolca).

Ten mechanizm hamujący może mieć miejsce przy wprowadzeniu drenu gumowego przy operacjach krwawniczych, jak to zresztą Levanjuk (13) statystycznie wykazał. Opierając się na tych twierdzeniach Marx (1) znieczulał odbytnicę zapomocą alypiny, otrzymując w wielu wypadkach dobre wyniki. Zjawisko to według Marxa można wytłumaczyć w dwojaki sposób:

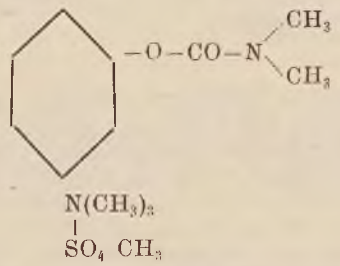
a) Środek znieczulający dostaje się przez błonę śluzową i całą ścianę jelita do ściany pęcherza i poraża leżące przy ścianie zwoje pęcherzowe *(plex. vesicalis)* a także znajdujące się w ścianie pęcherza autonomiczne sploty, które jak wiemy ułożone są najliczniej w dolnych częściach ściany pęcherza graniczących z odbytnicą. Twierdzenie jednak takie miałoby uzasadnienie tylko u mężczyzn, u kobiet zaś nie.

b) Więcej jednak prawdopodobne jest, co zresztą przypuszczał Köhler, antagonistyczne działanie mięśnia zwieracza odbytnicy i pęcherza.

II.

Jak z przykładów powyższych wynika, usiłowania w zwalczaniu pooperacyjnego zatrzymania moczu szły w najrozmaitszych kierunkach. Dotychczasowe jednak wyniki lecznicze nie są jeszcze zupełnie zadowalające, na co wskazuje zresztą znaczna ilość stosowanych środków. Szuka się coraz nowych dróg i nowych środków dla osiągnięcia w czasie możliwie najszybszym pełnego i niezawodnego działania.

W pracy niniejszej staraliśmy się wykazać działanie prostygminy przy pooperacyjnem zatrzymaniu moczu. Prostygmina jest to dwumetylokarbaminowy ester metylosiarczanu m-oksy-fenylotrójmetyloamonowego o wzorze strukturalnym.



Związek ten o budowie chem. analogicznej do fizostygminy znany jest już i opisany przez wielu autorów (Leiner i Walter (14), Weigand (15), Bardenhauer (16), Kotlors (17) i inni) jako środek stosowany przy atonji jelit.

Stosując przy tych wskazaniach prostygminę, zauważył Szubiński (18) uboczne działanie tego preparatu na pęcherz moczowy. Według spostrzeżeń klinicznych tego autora następuje wypróżnienie pęcherza w 1 do 1½ godz. po wstrzyknięciu. Stosując prostygminę w szeregu przypadków porażeń pooperacyjnych jelit, mogliśmy również potwierdzić działanie na pęcherz. Skłoniło to więc nas do przeprowadzenia w tym kierunku szczegółowych badań tak klinicznych jak i doświadczalnych na zwierzętach.

Prostygminę stosowaliśmy więc w większej ilości przypadków operacyjnych, powikłanych odruchowem zatrzymaniem moczu. Środek ten podawaliśmy zasadniczo podskórnie, w uporczywych zaś przypadkach dożylnie. W przypadkach dokładnie kontrolowanych mogliśmy stwierdzić prócz wybitnego działania pobudzającego perystaltykę jelit, wyraźny wpływ tego preparatu na pęcherz moczowy. Chorzy bowiem w krótkim czasie po zastrzyku odczuwali wyraźne bóle pęcherzowe. Poniżej przytaczamy ze względu na brak miejsca krótki opis przebiegu tylko paru przypadków klinicznych.

Przyp. 1. Cz. Marja, l. 27. L. h. ch. 830/32. Przyjęta na oddział chir. z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. 23. XII. przystąpiono do zabiegu operacyjnego i usunięto wyrostek robaczkowy. 24. XII. chora skarżyła się na zatrzymanie moczu. Wstrzyknięto dożylnie urotropinę, poza tem na okolicę pęcherza termofor, mimo to chora nie oddała moczu. Wobec tego po 2 godzinach wprowadzono 1 cm³ prostygminy „*Roche*" podskórnie, — wypróżnienie pęcherza po 1 godzinie. Następnie oddawała mocz prawidłowo.

Przyp. 2. M. Mateusz, l. 39. L. h. ch. 1234/32. Przyjęty na oddział chirurgiczny z powodu obustronnej przepukliny pachwinowej. 30. XI. wykonano zabieg operacyjny. Wieczorem wystąpiło u chorego bolesne parcie na mocz. Mimo wypełnienia pęcherza nie mógł oddać moczu. Zastosowanie termoforu bez skutku. Po wstrzyknięciu podskórnem 1 cm³ prostygminy nastąpiło po półtorej godz. opróżnienie pęcherza. Od tego czasu nie było zaburzeń w oddawaniu moczu.

Przyp. 3. D. Bronisław, l. 21. L. h. ch. 1264/32. Od dłuższego czasu bóle w górnych częściach brzucha, ustępujące po przyjęciu pokarmów. 3. XII. z powodu pogorszenia się stanu ogólnego, oraz gwałtownych bólów brzucha przyjęty na oddział chirurgiczny. W chwili przyjęcia stan ciężki, brzuch deskowato napięty. W uśpieniu morfinowo-eterowem wykonano zabieg operacyjny. Stwierdzono pęknięcie wrzodu dwunastnicy, dużo nalotów włóknika i wysięku w jamie brzusznej. Wobec ciężkiego stanu chorego zaszyto otwór w ścianie dwunastnicy i założono setony jodoformowe (worek Mikulicza) w okolicy wrzodu, poczem jamę brzuszną zeszyto. 4. XII. skarżył się chory na silne wzdęcie brzucha, brak wiatrów i stolca, poza tem mocz zatrzymany. Lewatywa i termofory bez skutku. W dwie godziny po lewatywie wstrzyknięto

1 cm³ prostygminy podskórnie. Po 35 minutach obfity stolec, a prawie równocześnie wypróżnienie pęcherza. W dalszym przebiegu choroby zaburzeń w oddawaniu stolca i moczu nie było. 26. XII. opuścił oddział chirurgiczny z poleceniem zgłoszenia się za 3 miesiące do zabiegu doszczętnego.

Przyp. 4. M. Teodor, l. 56. L. h. ch. 1265/32. Przyjęty na oddział chirurgiczny dnia 4. XII. z powodu lewostronnej przepukliny pachwinowej. 5. XII. w znieczuleniu miejscowem zabieg operacyjny. Wieczorem skarżył się na silne parcie na mocz. Termofor. Mimo częstych prób nie mógł oddać moczu. Wstrzyknięto 1 cm³ prostygminy podskórnie, opróżnienie pęcherza po 50 minutach.

Przyp. 5. F. Roman, l. 23. L. h. ch. 343/32. Przyjęty na Klinikę chirurgiczną z powodu bólów w dołku podsercowym, trwających od 2 lat. Wywiady typowe dla wrzodu dwunastnicy, co też badania kliniczne i rentgenowskie wykazały. Dnia 4. I. wykonano w znieczuleniu miejscowem resekcję żołądka sposobem Polya-Reichel'a. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Dnia 13. I. chory bardzo osłabiony, skarży się na silne bóle brzucha, nie może oddać wiatrów i moczu. Termofor, lewatywa i urotropina bez skutku. Wobec tego zastosowano 1 cm³ prostygminy podskórnie; chory oddał mocz i stolec po 45 minutach. Dalszy przebieg choroby bez powikłań. Dnia 21. I. opuścił wyleczony Klinikę chirurgiczną.

Przyp. 6. N. Jan, l. 35. L. h. ch. 8/33. Chory od 6 lat odczuwa bóle w dołku podsercowym, występujące okresowo niezależnie od jedzenia. W ostatnich czasach prawie codziennie wymioty. Mocz oddawał czasem z trudnością. W chwili przyjęcia stwierdzono bolesność na ucisk w dołku podsercowym na prawo od linji środkowej ciała. Klinicznie i rentgenologicznie stwierdzono zwężenie odźwiernika III. stopnia. Dnia 11. I. w znieczuleniu miejscowem zabieg operacyjny doszczętny. Z powodu wrzodu dwunastnicy wykonano resekcję żołądka sposobem Poly'a-Reichel'a. Dnia 12. I. chory nie oddał moczu, skarżył się na bolesne parcie na mocz i wzdęcie brzucha. Termofor, urotropina dożylnie, prostygmina podskórnie bez skutku, wobec tego wstrzyknięto po 2 godz. 1 cm³ prostygminy dożylnie, poczem w ½ godziny po zastrzyku odeszły obficie wiatry z następowem wypróżnieniem pęcherza. Dalszy przebieg choroby bez powikłań. Dnia 24. I. chory opuścił Klinikę wyleczony.

Przyp. 7. L. G., l. 46. L. h. ch. 29/33. Przyjęty 17. I. z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego na Klinikę chirurgiczną. Dnia 18. I. wykonano zabieg operacyjny i usunięto wyrostek. 19. I. skarżył się chory na silne bóle w okolicy pęcherza i silne parcie na mocz; po zabiegu nie mógł oddać moczu mimo silnie wypełnionego pęcherza. Termofor, lewatywa i urotropina dożylnie bez skutku. Podano 1 cm³ prostygminy *„Roche"* podskórnie — również bez skutku. Wobec tego wstrzyknięto po 2 godz. 1 cm³ prostygminy dożylnie, poczem chory po 25 minutach oddał stolec i mocz. Odtąd oddawał mocz i stolce normalnie.

Opierając się na powyższych obserwacjach klinicznych, przeprowadziliśmy szereg badań laboratoryjnych na zwierzętach w celu wyjaśnienia mechanizmu działania prostygminy na nerkę, moczowody i pęcherz moczowy, oraz w celu ustalenia punktu zaczepienia działania powyższego preparatu.

Wiemy z badań porównawczych przeprowadzonych przez R o t h s c h i l d a (19) na izolowanem jelicie świnki morskiej, że prostygmina działa podobnie na jelita jak fizostygmina, pilokarpina lub acetylocholina. Autor nie zdołał jednak, jak zresztą sam przyznaje, wykazać punktu zaczepienia działania tego środka. Z doświadczeń jego bowiem wynika, że prostygmina wywiera również wpływ i na jelito atropinizowane. Podobne działanie otrzymał po adrenalinie, zarówno jak po porażeniu mięśni jelita papaweryną. Jednak zdaniem wielu autorów, jelito nie nadaje się do tego rodzaju doświadczeń, nie znamy bowiem jeszcze dokładnie roli ani charakteru układu nerwowego własnego jelita, nie znamy również dokładnie wpływu, jaki wywierają sploty nerwowe a szczególniej splot Meissnera na czynności ruchowe jelit. Wiemy bowiem, że usunięcie splotu Auerbach'a lub porażenie go nikotyną, albo nikotyną i atropiną sprowadza tylko nieznaczne zaburzenie rytmu. Po usunięciu splotu Meissnera jelito również może wykonywać ruchy. Wiemy także, że atropina, fizostygmina, pilokarpina, cholina, histamina, adrenalina i chlorek barowy działają tak samo na jelito pozbawione splotów, zarówno jak i ze splotami. (W a u c o m o n t (20).

Biorąc pod uwagę powyższe względy wybraliśmy pęcherz izolowany, który lepiej nadaje się do tego celu. Już z doświadczeń dotychczasowych nad prostygminą można było wnosić, że środek ten działa drażniąco na układ parasympatyczny, więc działanie musi być skierowane nietylko na przewód pokarmowy, ale wywierać powinno też wpływ i na inne narządy zaopatrywane przez układ parasympatyczny. Z badań naszych mogliśmy wnioskować, że działanie prostygminy skierowane jest głównie na pęcherz moczowy, na górne zaś drogi nie wywiera wpływu lub działanie to jest minimalne. Dla określenia, w jakim stopniu wywiera prostygmina wpływ na wydzielanie moczu, przeprowadziliśmy szereg doświadczeń ostrych na zwierzętach.

Zwierzętom w narkozie uretanowej wprowadziliśmy kaniule do moczowodów i po określeniu normy wydzielania wstrzykiwaliśmy odpowiednie dawki prostygminy, obserwując przez kilka godzin przebieg wydzielania.

W żadnem z przeprowadzonych doświadczeń nie zauważyliśmy zwiększonego wydzielania moczu. Na wyosobnione moczowody również środek ten nie wywiera znaczniejszego wpływu. Po wykluczeniu wyżej omówionych możliwości przystąpiliśmy do wykazania działania prostygminy na izolowanych pęcherzach moczowych wielu zwierząt. Do doświadczeń używaliśmy pęcherza moczowego królików i świnek morskich.

Metodyka: Po zabiciu zwierzęcia wyjmowaliśmy pęcherz w całości, poczem wkładaliśmy go do aparatu dla izolowanych narządów. Ruchy pęcherza zapisywaliśmy na walcu okopconym. Po zapisaniu skurczu pęcherza moczowego izolowanego dodawaliśmy rozcieńczonego roztworu prostygminy zaczynając od dawek najniższych.

Najniższa dawka graniczna, która powoduje słaby tężec wynosiła 0.2 cm³ 1:10 prostygminy [1]), uwzględniając rozcieńczenie płynem Ringera-Locke'a, ustalić ją można na 1:7.000.000 (Krzywa Nr. 1).



Krzywa N. 1.
Pęcherz moczowy królika. Ruchy pęcherza po 0.2 cm³ roztw. 1:10 prostygminy w 70 cm³ roztw. Ringer - Locke'a.

Najwyższą dawką, którą stosowaliśmy w naszych doświadczeniach była 0.1 cm³ pierwotnego roztworu 1:2.000 na 70 cm³ R. L. = 1:1400000, dawka ta powodowała silny i długotrwały skurcz pęcherza (Krzywa N. 2 a i b) niekiedy ze wzrostem amplitudy i przyśpieszeniem ruchów wahadłowych pęcherza.



Krzywa N. 2 a.
Pęcherz moczowy królika. Ruchy pęcherza po 0.1 cm³ prostygminy na 70 cm roztw. Ringer-Locke'a.



Krzywa N. 2 b.
Pęcherz moczowy świnki morskiej. Ruchy pęcherza po 0.1 cm³ prostygminy na 70 cm roztw. Ringer - Locke'a.

Tężec utrzymywał się nawet po kilkakrotnem przepłókaniu pęcherza. Efekt taki mieliśmy zarówno na pęcherzach króliczych jak i na pęcherzach świnek morskich.

Z wyników tych można było wnosić, że tężcowy skurcz powstał wskutek podrażnienia układu parasympatycznego. Wiemy bowiem z badań wielu autorów (M ü l l e r, F e l l n e r, S c h i l f i inni), że skurcz wypieracza *(m. detrusor)* spowodowany jest zadrażnieniem nerwu biodrowego *(n. pelvicus).*

[1]) Za roztwór podstawowy uważaliśmy rozcieńczenie prostygminy 1/2:1000.

Chcąc się przekonać, że tak jest, przeprowadziliśmy szereg badań na atropinizowanych pęcherza *in vitro* i *in vivo*.

Po zapisaniu normy dodaliśmy do roztworu R. L. 1 mg atropiny, w następstwie przyszło do obniżenia napięcia mięśni gładkich pęcherza, co uwidoczniło się znacznym spadkiem poziomu krzywej. Zahamowania ruchów nie było. (Krzywa N. 3).



Krzywa N. 3.
Atropinizowany pęcherz królika. 1 mg atropiny, 0,2 cm³ 1:10 roztw. prostygminy na 70 cm³ roztw. Ringer-Locke'a.

Po zupełnem porażeniu tym sposobem układu parasympatycznego pęcherza, dodawaliśmy do roztworu kolejno coraz większe dawki prostygminy, nie otrzymując jednak żadnego efektu, jak widać z krzywych N. 3. i 4.



Krzywa N. 4.
Atropinizowany pecherz królika. 0.1 cm³ prostygminy, następnie podano 0.5 cm³ prostygminy.

W doświadczeniach ze zwierzętami atropinizowanemi *in vivo* postępowaliśmy w sposób następujący: w tym celu w 1 godzinę przed zabiciem zwierzęcia (świnka morska) wprowadziliśmy podskórnie w dużych dawkach atropinę (1—2 mg), a następnie przeprowadziliśmy badania w ten sam sposób, jak wyżej już wspomniano. Po zadziałaniu nawet bardzo dużemi dawkami prostygminy na atropinizowany wyizolowany pęcherz, nie otrzymaliśmy również żadnego skutku (Krzywa N. 5).



Krzywa N. 5.
Atropinizowany pęcherz świnki morskiej. Prostygminę podano w dawkach 0.1 cm³, a następnie 0.5 cm³.

Jak z doświadczeń wynika, prostygmina nie wywiera nawet w dużych dawkach, po porażeniu układu parasympatycznego żadnego wpływu na zdolność ruchową pęcherza izolowanego.

W dalszym ciągu przeprowadziliśmy badania na pęcherzach z porażonym układem sympatycznym. Do tego celu używaliśmy gynergenu.

Jak widać z niżej załączonej Krzywej N. 6. prostygmina już w małych dawkach wywiera wpływ na taki pęcherz. Z tego więc wynika, że system sympatyczny nie jest punktem zaczepienia działania prostygminy.



Krzywa N. 6.
Gynergen-prostygmina. Pęcherz świnki morskiej. Śwince wprowadzono podskórnie 0.5 cm³ gynergenu. Po 1 h świnkę zabito i po wyjęciu pęcherza badano na prostygminę.

Z uzyskanych wyników doświadczalnych na zwierzętach można więc twierdzić, że punktem zaczepienia działania prostygminy jest układ nerwowy parasympatyczny.

Na podstawie naszych badań klinicznych i doświadczalnych na zwierzętach przychodzimy do przekonania, że prostygmina jako związek syntetyczny, pochodny ezeryny, nie mający jednak własności toksycznych ezeryny, posiada wysoką wartość leku o dość szybkiem działaniu pobudzającem nietylko ruchy robaczkowe jeiit lecz także układ parasympatyczny pęcherza moczowego. Poza tem według naszych spostrzeżeń prostygmina podana w dawkach terapeutycznych, nie wywiera wpływu, ani na ciśnienie krwi, ani też na czynność serca.

Piśmiennictwo:

1) J. Marx: Arch. f. Klin. Chir. B. 169. r. 1932. str. 170. — 2) K. Franz: Gynakologische Operationen. 1924. — 3) G. R. Müller: Die Lebensnerven. II. A. 1924. — 4) H. Dennig: Die Innervation der Harnblase. Berlin. 1926. Ver. v. J. Springer. — 5) Dennig: Z. f. Biol. 80. s. 250. 1924. — 6) Elliott: Journ. of Physiol. 35. 1906/07. — 7) Schlesinger: Z. Geburtsh. 1924. S. 2585. — 8) Jalcovitz: Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chirurg. 1926. 9) Wojtaszewski: Ref. Zbl. org. f. ges. Chir. t. 33. str. 254. — 10) K. Takáts: Arch. f. klin. Chir. 125. str. 544—553. — 11) Butureanu K. et T. Barghole: Presse Méd. str. 1414—1416. 93. Nr. 35. 1927. — 12) Köhler: Dtsch. Z. Chir. 1929. 2899—2900. — 13) J. Levanjuk: Ref. Zbl. org. f. ges. Chirurg. t. 43. str. 59. 14) Leiner, Walter: Dtsch. Med. Wochschr. rocz. 57. N. 48. 1931. str. 2017. — 15) W. Weigand: Münch. Med. Wochench. rocz. 78. Nr. 32. 1931 str. 1348. — 16) F. H. Bardenhener: Medic. Welt. Nr. 36. str. 1289. rok 1931. — 17) Kottlors E.: Med. Klin. rocz. 28. rok 1932. Nr. 11. — 18) Szubiński A.: Zbl. f. Chir. 41. 1932. str. 2459—2461. — 19) Rothschild T.: Med. Klin. rocz. 28, rok 1932. Nr. 11. — 20) Wancomont: Arch. int. de Pharm. et de Therapie. Vol. XXXVII. 1930. p. 285.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Dr. H. MEISEL i Dr. E. MIKULASZEK. Lwów.

Zmienność pałeczki odmieńca swoistego.

Z Państwowego Zakładu Higjeny Filja we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. N. Gąsiorowski.

Celem pracy było otrzymanie typu szorstkiego ze szczepów gładkich odmieńca swoistego, następnie bliższe poznanie serologicznego zachowania się wywoływaczy pełnowartościowych i resztkowych otrzymanych z typu H, O i R.

Drogą hodowli w buljonie z dodatkiem surowicy swoistej udało się wyodrębnić z gładkich szczepów odmieńca typ posiadający wszystkie cechy szczepów szorstkich R.

Otrzymane szczepy szorstkie pod względem biochemicznym nieznacznie tylko różniące się od szczepów gładkich macierzystych, zlepiają się samoistnie już w bardzo rozcieńczonych roztworach NaCl. W kwaśnym odczynie zlepnym przy użyciu moderatora octanowego typy gładkie i szorstki — podobnie jak w grupie durowo-rzekomodurowej — zachowują się charakterystycznie tak, że cecha ta może służyć jako jeden ze wskaźników procesu dysocjacji odmieńca swoistego.

Zapomocą odczynu zlepnego i wiązania dopełniacza udało się wykazać, że niektóre szczepy odmieńca swoistego w procesie dysocjacyjnym zbliżają się do czystej formy R, natomiast inne mogą przechodzić w formy szorstkie zawierające jeszcze większe domieszki wywoływaczy gładkich.

Odczyny serologiczne z pełnemi antygenami świadczyłyby więc, że zupełnie czystego typu R nie udało się uzyskać, ponadto że otrzymane szczepy typu R — w przeciwieństwie do grupy durowo-rzekomodurowej — nie posiadają charakteru kosmopolitycznego w pojęciu Schultzego, skoro wykazują wielokrotnie wyższe miana tylko z homologiczną surowicą.

Z każdego z 10 badanych szczepów odmieńca swoistego w stanie dysocjacji H, O i R otrzymano zapomocą metody zasadowej i kwaśnej ciała bezbiałkowe o chemicznej budowie węglowodanów wielkocząsteczkowych.

Ze szczepów typu H węglowodany otrzymane tak metodą kwaśną jak zasadową odpowiadały antygenom resztkowym.

Ze szczepów typu O tylko wielocukry otrzymane drogą kwaśną, ze szczepów zaś typu R wielocukry otrzymane tylko drogą zasadową były serologicznie czynne.

Jako sprawdzian czystości fazy dysocjacyjnej badanego szczepu może służyć stwierdzenie faktu, o ile według opisanego szematu otrzymany węglowodan wielkocząsteczkowy jest lub nie jest serologicznie czynny.

Z porównania odczynów serologicznych wynika, że antygeny resztkowe typów gładkich odpowiadają ciepłostałym aglutynogenom w odczynie zlepnym i pełnowartościowym wywoływaczom w odczynie B.-G.

Odczyn wiązania dopełniacza z antygenami resztkowemi otrzymanemi bez względu na typ dysocjacji wypada stale swoiście (swoistość typowa) — w przeciwieństwie do grupy durowo-rzekomodurowej — przy której odczyny te w fazie gładkiej posiadają charakter grupowy, w fazie zaś szorstkiej kosmopolityczny.

(Praca pojawi się w całości w jednem z pism archiwalnych).

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. St. BRÜCKNER, sekundarjusz szpitala. Bielsko.

Zakażenie pałeczką Banga u człowieka [1]).

Ze Szpitala Powszechnego Miejskiego w Bielsku na Śląsku.
Dyrektor: Radca Sanitarny Dr. Leopold Reinprecht.

Wydawałoby się rzeczą niemożliwą, iż dzisiaj — kiedy medycyna uczyniła tak wielkie postępy, kiedy wszelkie jej działy są wprost przeorane badaniami, ażeby w tych czasach odkryć „nową jednostkę chorobową", któraby mogła wytrzymać surową krytykę, a szczególnie jeśli tu nie chodzi o jakąś rzadką chorobę, ale o jednostkę, któraby w klinicznej ocenie była czemś nowem, a praktycznie miała wielkie znaczenie. Czyż choroba Banga [2]) nie jest tego przykładem? Czy rzeczywiście świeżo odkryta? Czyż nie jest możliwem, że nierozpoznane przypadki szły do wspólnego garnka chorób tyfusowych i septycznych? A może rzeczywiście pałeczka Banga [3]), pierwiej chorobotwórcza dla bydła, niejako zmienia swe podłoże, zwiększa swą zjadliwość i powoli, jak Habs twierdzi, staje się fakultatywnym pasorzytem człowieka. Ilość wypadków wzrasta; w literaturze zagranicznej w ostatnich latach (1926—1932) ch. B. wzbudziła wielkie zainteresowanie, cały szereg autorów poświęca zakażeniu p. B. długie artykuły; u nas w Polsce również mamy świetnie opisane przypadki przez Legeżyńskiego, Feliksa, Kokotka i Poznańskiego i t. p. Nie ulega wątpliwości, że wypadki się mnożą, że ilość ich będzie i u nas, podobnie jak zagranicą wzrastać w miarę przeprowadzania systematycznych badań surowic na aglutyniny dla p. B. Dość wspomnieć, że dzięki tym badaniom w Danji Kristensen i Per Holm stwierdzili, że ilość zakażeń p. B. jest większą niż pałeczka duru brzusznego, w Stanach Zjednoczonych A. P. według Hardy'ego w r. 1925 było 24 przypadków, 1926 — 46, 1927 — 217, 1928 — 647, zaś w r. 1929 — 1505. Zakażenie więc p. B. staje się dla nas niezmiernie ważne, nietylko ze względów epidemjologicznych i klinicznych, ale i socjalnych i higjenicznych, czego dowodem jest debata nad tem zakażeniem w sekcji higjenicznej Ligi Narodów w r. 1928, a także wielkie wysiłki państw zagranicznych w kierunku profilaktyki. Zanim przejdę do szczegółowego omawiania kliniki ch. B., pozwolę sobie przedstawić Państwu obserwowane przeze mnie przypadki na oddziele zakaźnym Szpitala.

1) Chory Sch. Edward, l. p. 3432, lat 44. Z zawodu kierownik pociągu. W wywiadach podaje: chory od 12 dni po podróży do Warszawy. Czuje silne osłabienie, bóle nóg, krzyży, głowy i po prawej stronie nadbrzusza. Męczy go uporczywy suchy kaszel. Nie pocił się, ani nie miał dreszczy. Stolec zaparty. Mocz oddaje prawidłowo. Apetytu brak. Przed laty miał jakiś wrzód na członku i leczył się przeciw kile. Stan przy przyjęciu: osobnik silny, korpulenty, bardzo dobrze odżywiony. Robi wrażenie ciężko chorego. Głośno jęczy i stęka. Ciepłota 39.8°, tętno dobrze napięte. Skóra i widoczne błony śluzowe dobrze ukrwione. Nerwy czaszkowe: bez zmian. Gardło: na podniebieniu miękkiem i języczku, nieliczne, drobne, wielkości prosa plamki żywo czerwone. Na skórze brzucha i dolnej klatki piersiowej skąpa osutka durowa. Płuca: nieznaczna rozedma płuc i suchy katar oskrzeli szczególnie u podstawy. Serce: nieznacznie powiększone na lewo, tony czyste, miarowe. Śledziona: obmacywaniem i opukiwaniem niepowiększona. Wątroba: 1½ palca poniżej łuku żebrowego w linji sutkowej, bolesna. Mocz: białko 0, cukier 0, Indykan +, Urobilinogen ++, Urobilina ++, Bilirubina —, Diazo —, Osad 0, Ciałek białych: 4.100. Obojętnochł. 31%. Kwasochł. 1%. Limfoc. 38%. Pałeczkow. 12%. Monocytów 18%. Opadanie krwinek (Linzenmeyer): 45! Badanie surowicy wykonane: 6. I., 17. I., 27. I., 5. II. dało wynik: Wassermann —, Widal-Gruber: dur brzuszny i rzekomy B ujemny, *Bact. abortus* Bang 1:1600. Badanie czynnościowe wątroby przez obciążenie cukrem: wynik normalny. Przebieg ciepłoty przepuszczający, okazujący po 5 i po następnych 6 faliste, jedno i dwudniowe obniżenie.

Chory przez cały czas skarżył się na silne osłabienie, wielkie bóle w prawym podżebrzu, bezsenność, zaparcie stolca i pragnienie. Po zastosowaniu leczenia, polegającem na trzykrotnem wstrzyknięciu dożylnem 5 cm³ *„Argocoll"* Klawe powolny spadek ciepłoty. Z końcem stycznia wypisany ze szpitala. Chorego miałem sposobność widzieć i badać w połowie lutego. Nadal bardzo osłabiony, szczególnie skarży się na osłabienie nóg, schodząc ze schodów opiera się rękoma o ścianę. Wątroba nadal jeszcze powiększona o jeden palec pod łukiem żebrowym, bardzo bolesna. Uporczywy, suchy kaszel, przy ujemnym wyniku badania płuc. Chory w tym stanie jest absolutnie niezdolny do swej zawodowej pracy. Poszukiwania i wywiady w kierunku źródła zakażenia dały wynik ujemny, gdyż chory absolutnie przeczył, by pił surowe mleko, śmietankę lub jadł przed zachorowaniem inne produkty mleczne.

2) Chory Wr. Rudolf, l. p. 3459, lat 11. Do tej pory nigdy ciężko nie chorował. W r. 1925 przechodził jakąś operację na „jądrach" w Cieszynie *(Cryptorchismus),* przed świętami czuł się osłabiony, „nie swój". 23. XII. dreszcze, ból głowy, gorączka 38,9°, brak apetytu. Silnie się pocił. (Matka mówiła, że był mokry jak „szczur"). Gorączka stale 38.3° do 39.7°. Ból brzucha. 29. XII. przywieziony do szpitala. Stan: wątło zbudowany, blady, zamroczony. Klinicznie prócz nieznacznie powiększonej śledziony, silnych potów i osutki durowej, bez zmian. Przebieg ciepłoty: krzywa ciągła z nieznacznemi obniżeniami rano, lityczny spadek w czwartym tygodniu. Mocz: 0, Krew: 5.600 leukocytów. Obojętnochł. 30%. Pałeczk. 21%. Limf. 47%. Mon. 12%. Opadanie krwinek: 57. Krew: 3. I. Gruber-Widal: Dur brzuszny 1:1600, *Bact. abortus* Bang 1:1600. Hodowla w żółci: pałeczki durowe. Dnia 13. I. Gruber-Widal: Dur brzuszny 1:400. *Bact. abort.* Bang. 1:1600. Opuścił szpital wyleczony.

3) Dnia 10. I. przywieziono na oddział matkę jego. Wr. Eugenja, l. p. 97, lat 38. Zachorowała przed dwoma dniami, dreszcze, gorączka 38.3°. Ból głowy i łydek. Stan: dobrze zbudowana i odżywiona. Płuca i serce: bez zmian. Śledziona niepowiększona, wątroba macalna pod łukiem żebrowym, tkliwa na ucisk. Mocz: 0. Krew: c. b. 3800. Obojętnochł. 42%. Pałeczk. 8%. Limf. 46%. Mon. 4%. Opadanie krwinek: 25! U chorej tej ciekawe było zachowanie się wątroby. Na 4 dzień pobytu w szpitalu chora skarży się na silne bóle prawej strony brzucha. Badaniem stwierdza się wątrobę powiększoną do pępka, szalenie bolesną tak, że nie można było dokładnie zbadać konsystencji i jej brzegu. Na szósty dzień popołudniu tętno przyśpieszone, czkawka, zaparcie stolca i wiatrów. Badaniem: *défense musculaire* nad prawym talerzem biodrowym, bolesność punktów Mac Burney'a, Kümmell'a, objaw Rosensteina, Blumberga i Rovsinga wybitny, a więc wszelkie dane do przyjęcia *appendicitis acuta.* I przyznam się, że wielką ochotę miałem jamę brzuszną otworzyć i zbadać stan rzeczy. Lecz wstrzymywał mnie cały obraz chorobowy, olbrzymia i nader bolesna wątroba, sięgająca w tym czasie 1 palec poniżej pępka, dalej fakt, że podobne obrazy *„appendicitis acuta"* spotykamy w całym szeregu chorób zakaźnych, o czem pięknie niedawno pisał w swych artykułach „Rozpoznanie różniczkowe *appendicitis*" Borchardt, no i wreszcie zasada *„primum non nocere"*. Badanie krwi: 17. I. Widal-Gruber: Dur brzuszny 1:400. *Bact. abort.* Bang 1:1600. Hodowla w żółci: pał. durowe. Dnia 5. II. Gruber-Widal: Dur brzuszny 1:200. *Bact. ab.* Bang *1:1600.* Typowy przebieg gorączki durowej. Co się tyczy dalszego przebiegu choroby to w przeciągu 11 dni wątroba zaczęła się zmniejszać, bóle zwolniały, dalszy przebieg bez żadnych komplikacyj.

Etiologicznie, nie wchodząc głębiej w bakterjologię ch. Banga, która jest szeroko w literaturze opisana, zaznaczę, iż prawdopodobnie *Bact. abortus infectiosi boum,* odkryty przez Banga i Stribolta w r. 1896 nie jest identyczny z ustalonym przez Bruce'go w r. 1887 zarazkiem gorączki maltańskiej t. zw. *micrococcus (Bact.) melitensis,* (pał. maltańska), z którym posiada wiele cech wspólnych tak morfologicznych, serologicznych, jak i hodowlanych. Bastai, Vercellana, Nicolle, Burnet i Conseil twierdzą, iż *febris undulans* wywołuje na północy również *Brucella melitensis,* która stała się patogeniczną dla bydła.

---

[1]) Wykład wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lek. dnia 11. III. 1932 roku.

[2]) ch. B. — choroba Banga.

[3]) p. B. — pałeczka Banga.

Przeciwko temu przemawiają jednak doświadczenia tychże samych autorów, którzy stwierdzili, iż człowieka trudniej zarazić pał. Banga aniżeli pał. maltańską. Nie udało im się też wywołać sztucznego zakażenia zdrowych ludzi podając hodowlę p. B. czy-to doustnie, doskórnie, czy podskórnie. Tymczasem zakażenie pał. maltańską jest bardzo łatwe już podczas prac laboratoryjnych. Prof. Francesco Pepeu z Medjolanu opisuje u siebie gorączkę maltańską, zakaziwszy się podczas operacji chorej kozy. Razem z nim zachorował, pomagając mu przy operacji, jego asystent. Żona profesora zakaziła się, pielęgnując chorego męża. Tenże sam autor przytacza przypadek zakażenia się lekarza, który badał mocz chorego na gorączkę maltańską. Potwierdzenie tychże badań znajdujemy w pracach Ninniego. Badał on własności bakterjobójcze normalnych surowic ludzkich na hodowle pał. Banga i pał. maltańskiej przez dwa dni. I okazało się, że z 15 hodowli pał. maltańskiej 10 zachowało swą żywotność, zaś z 19 hodowli z pał. Banga tylko jedna, a na tej jednej wyrosło tylko dwie kolonje. Dlatego też nigdy nie mamy zakażenia przez kontakt od człowieka, nie mamy większych epidemij, a tylko sporadyczne przypadki choroby Banga, chociaż sposobność zakażenia się jest duża, gdyż pał. Banga jest częstą u bydła (około 49%).

Z doświadczeń tych i obserwacyj wynika, że nie mamy tutaj do czynienia z jednym zarazkiem, lecz z dwoma należącemi do jednego gatunku (Evans), a stanowiących tylko odmiany: *varietas melitensis* i *varietas abortus*, i powtóre, że człowiek jest niejako odporny, mało wrażliwy na zakażenie, mimo wielkiego rozszerzenia się pał. Banga, (według Schlossmanna w Estonji, gdzie ronienie u bydła jest bardzo rozszerzone, tylko 9.1% wyników dodatnich uzyskano u osób gorączkujących).

Patogenetycznie: źródłem infekcji jest bydło rogate. Pał. Banga u bydła jest bardzo częsta, w niektórych krajach, jak np. w Niemczech, do 80%. Zakażenie to szerzy się u bydła *per coitum*, częściej jednak przez spożycie pokarmu, zanieczyszczonego wydzielinami chorego bydła (mleko, kał, mocz, wody płodowe). Znane są ogólnie następstwa tego zakażenia u bydła: częste ronienia, utrudnienie zachodzenia w ciążę, *endometritis, pyometra*. Mleko zaś raz zakażonych krów na długie lata może zawierać pał. Banga bez istotnych zmian gruczołu mlecznego. Przez mleko i jego produkty dostaje się do człowieka. Obecność p. B. jest w mleku bardzo częstą. Martin Klimmer wykazał p. B. w 38% mleka t. zw. pierwszej klasy, w 14% mleka pasteuryzowanego, 43% mleka targowego. Ze względu na masowe zakażenia ważny jest fakt, który stwierdził Nyfeldt, iż mleko zawierające w 1 cm^3 mało zarazków B., w centryfudze daje śmietankę niezmiernie obfitującą w te zarazki. Według niektórych autorów (Legeżyński, Lentze) ważniejszą drogą zakażenia jest kontakt z chorem bydłem (lek. weterynaryjni). Prócz bydła rogatego źródło infekcji stanowią również owce, kozy i świnie. Na tą ostatnią zwraca uwagę Hegler, nazywając te odmianę *typus porcinus*. Nagel z Zurychu opisuje przypadki zakażenia się p. B. przez picie surowej krwi świńskiej przy uboju w rzeźni. Na szczególny rodzaj infekcji zwraca uwagę Lenhartz, a mianowicie, przez branie do ust i gryzienie trawy, jak się to często robi podczas wycieczek letnich, a która może być zanieczyszczoną przez wydzieliny chorego bydła.

Obraz kliniczny ch. B. tak dobrze znany z kazuistyki, odznacza się — że się tak mogę wyrazić pewną jednostajnością, monotonnością. Nietypowa, przeważnie zwalniająca, przewlekła ciepłota, nieraz zwolnione tętno w stosunku do ciepłoty, silne poty (których w moim przypadku nie obserwowałem), powiększenie śledziony (nie zawsze: nie stwierdziłem jej u mego chorego; J. Smith stwierdził ją tylko w 3 przypadkach), powiększenie wątroby, przesunięcie obrazu Schillinga na lewo, brak niedokrwistości wtórnej, szybkie opadanie krwinek, leukopenja, limfocytoza, aneozynofilja, diazo ujemne, dodatnie próby aglutynacyjne — oto główne rysy obrazu klinicznego. Lecz nie zawsze! W piśmiennictwie znajdujemy opisy przypadków, które odbiegały od tego przebiegu, diagnostycznie były trudne i były powodem nieodpowiedniej terapji. Knobloch przytacza swój przypadek: 15-letnia dziewczyna, którą operował z rozpoznaniem *appendicitis acuta, peritonitis*. Przy operacji stwierdził gęsty, ciągnący się, klarowny wysięk, bł. surowicza jelit cienkich nastrzykana, miejscami naloty włóknikowe, wyrostek bez zmian. Cały stan kliniczny i dalszy przebieg zmusił go do szukania innej przyczyny i badanie krwi wykazało aglutynację *Bact. abort.* Bang 1:1000. Przypadek ch. B. rozpoznany i operowany jako *appendicitis* opisuje także Bittrolff. Obraz ciężkiego *myocarditis septica* przedstawiały nieliczne przypadki Allingera. Trzy przypadki apendektomji i jeden rozpoznany jako *cholecystitis* opisują Simpson i Freyer. Hottinger ogłosił przypadek ch. B. u 9-letniego dziecka, przebiegającej jako ciężka posocznica z żółtaczką, obrzękami i zajęciem stawów. Grilichers w ropniach przerzutowych w jednym z swoich przyp. wykazał przez hodowlę p. B. Wspomnę jeszcze, iż według Schottmüllera, który opisuje jeden taki wypadek, w wypadkach splenomegalji trzeba myśleć o ch. B. Nie opisuję zaś samych komplikacyj ch. B. ogólnie znanych, jak: osutki, bolesne miesiączkowanie, zapalenia jąder, najądrza, sutków, bóle w stawach. W rozpoznaniu różniczkowem oprócz chorób z grupy durowych, gruźlicy, posocznicy, ziarnicy złośliwej, malarji, przeciągającej się grypy, których analizować, jako zbyt dobrze znanych, nie będę, w niektórych przypadkach może się budzić podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z zapal. mózgu, o ile na pierwszy plan wystąpią objawy tego rodzaju jak: ograniczona wrażliwość skóry na bodźce mechaniczne i zimno, coby przemawiało za usadowieniem się ogniska w *thalamus*, silne bóle, i zawroty głowy, objawy, na które zwraca uwagę Müller na podstawie obserwacji chor. B. u siebie. Z drugiej jednak strony, te bóle głowy, wrażliwość powłok czaszki, dreszczyki, bezsenność, mają często należeć do wczesnych objawów *febris undulans* (C. W. Wainwright mówi o *„chilly sensations“* i o *„frontal headache and insomnia“*).

Ch. B. — jak się utarło mniemanie w szerokich kołach — jest absolutnie chorobą bezpieczną, niewinną, dającą najwyżej 2% śmiertelności. Mimo wszystko uważam, że w stawianiu rokowania trzeba być w pewnych przypadkach bardzo ostrożnym. Curschmann przytacza 3 przypadki śmiertelne w przeciągu 3 lat na 22 przypadków, a więc stosunkowo wysoki procent, a dotyczyły one osobników w podeszłym wieku, z mniej sprawnym narządem krążenia i oddechania. Zeller notuje zejście śmiertelne u 6-letniego dziecka, osłabionego ciężką płonicą. Rössle przeprowadzał obdukcję zmarłej 19-letniej dziewczyny na zap. wsierdzia, u której we krwi wykazał pał. Banga. Śmiertelne przypadki opisuje również Wohlwill. Jak więc widać, zakażenie p. B. organizmu, że się tak wyrażę mniej wartościowego, osłabionego innemi chorobami, zużytego życiem, nie jest niewinne i nakazuje pewną wstrzemięźliwość w prognozie. Ta jednak stosunkowo mała śmiertelność utrudnia nam głębszy wgląd w zmiany anatomo-patologiczne. Natorp ogólnie mówi tylko o uszkodzeniu miąższu wątroby. Zmiany w wątrobie i śledzionie, które przypominają *granuloma*, uważa Löffler jako pewnego rodzaju reakcję na infekcję, a nie substrat anatomo-patologiczny. Pewne jaśniejsze i ciekawe światło rzuciły badania histopatologiczne, które opisał Rössle, a które wykazały — jak tenże autor twierdzi — charakterystyczne zmiany w gruczołach limfatycznych wyciętych operacyjnie z pachy chorego rzeźnika, który zakaził się pał. Banga skaleczywszy się w rękę przy uboju bydła. W preparatach stwierdził Rössle bujanie retoteljów, tworzących skupienia, guzki, przypominających łudząco młody gruzełek gruźliczy. Zmiany podobne stwierdzili nietylko w gruczołach limfatycznych, ale i w powiększonej wątrobie, śledzionie i w szpiku kostnym Jaffé, Klimmer i Haupt. W tych małych guzkach wykazał Poppe pał. Banga. Po udanej infekcji eksperymentalnej u zwierząt laboratoryjnych, a szczególnie u świnki morskiej, która jest najlepszym objektem do badań (Carpenter), wykazali Smith, Fabyan, Schröder i Cotton podobne zmiany. Te małe guzki, granulomy w niektórych przypadkach mogą ulec rozkładowi, zropieniu, nekrozie (Katsch-Guillery). Löffler i Albertini u jednego chorego z zespołem objawów wątrobowo-śledzionowych, a który okazał się ch. B. wykonali splenektomję i wycięli kawałek wątroby do badania. W obu narządach znaleźli wyżej wspomniane guzki, o których mówią *„tuberkuloide Knötchen“*. Zmiany te w miąższu tych organów (wątroba, śledziona, szpik kostny, gruczoły limfatyczne) mają być tak charakterystyczne, że stwierdzenie histopatologiczne tychże w wyciętym próbnie gruczole limfatycznym, ma być wedle Rösslego pewnym *diagnosticum* ch. B. A co ciekawe, ponieważ zakażenie następuje najczęściej *per os*, radzi Rössle podobne badania przeprowadzić na wyjętych migdałkach, co potwierdzają badania Mohlera, Framma, Carpentera i Boaka, którym udało się wykazać przez hodowlę p. B. w migdałkach ludzkich, to samo stwierdzili eksperymentalnie na myszkach Helms, Hohr i Oerskow. Budowa histopatologiczna tych guzków granulacyjnych przypomina gruzełek gruźliczy i *lymphogranuloma*. I to niejako histologiczne pokrewieństwo — według Rösslego — jest niezmiernie ważne, stawia bowiem ch. B. w szeregi chorób granulacyjnych, a tem samem i alergicznych, które grożą później następnem pokrewnem pokoleniem“, a tem jest: *endocarditis* i *fibrosis hepatolienalis*. Poparcie tego widzimy rzeczywiście w dotychczasowej kazuistyce i w alergicznych objawach skórnych opisanych w ch. B. przez Hudersena i Haxthausena.

W rozpoznaniu ch. B. zdani jesteśmy na badania laboratoryjne, a szczególnie na odczyny serologiczne. Dalecy jesteśmy, by ch. B. rozpoznać z obrazu li tylko klinicznego, jak to twierdzi Curschmann. Miarodajnem i pewnem byłoby wyhodowanie pał. Banga ze krwi chorego. Wiadomo jednak, że uzyskanie tejże wymaga specjalnych warunków. Hodowla musi być umieszczona w naczy-

niach zamkniętych (met. Nowaka), w atmosferze 10% CO_2, pożywki odpowiednio spreparowane jak np. agar z krwią Levinthala. Te trudności sprawiają, że właściwie zdani jesteśmy przeważnie na odczyny zlepne surowic (oprócz wspomnianych powyżej: dootrzewnowego szczepienia świnek morskich (Carpenter) i badań histopatologicznych wyciętych gruczołów limfatycznych (Rössle). Zastanówmy się nad wartością odczynu serologicznego. Czy jest swoistym? Klinicznie posiada taką samą wartość, jak Gruber-Widal przy durze brzusznym (Lotze-Wichelis, Morawitz, Herman Karl). Każda jednak reakcja serologiczna mówi tylko, że infekcja dana jest lub też była tak, że przy ujemnym wyniku hodowli ze krwi, świadczy, że zakażenie było. Wyżej zaś wspomniałem, że wykazanie pał. Banga we krwi jest nadzwyczaj trudne, nawet przy użyciu specjalnej metody Elkelesa i Frieda. Musimy więc wyniki serologiczne połączyć z całkowitym obrazem klinicznym i w ostatecznej decyzji być bardzo ostrożni z dwu względów, *primo:* mieć w pamięci możność istnienia infekcji utajonej (Spengler), *secundo,* że chory mógł przechodzić ch. B., która anamnestycznie pozostaje nieuchwytną. I tutaj trafiamy nieraz na nieprzewyciężone trudności. Kwestję starano się rozstrzygnąć przeprowadzając równocześnie reakcję wiązania dopełniacza Bordet-Gengou, i reakcje zlepne z surowicą czynną i nieczynną (Weigmann). Lecz i te próby nieraz nie dadzą pewności zupełnej i osobiście również takowej nie mam w ocenie moich przyp., o czem dokładnie w epikryzie. Zdarzają się również przypadki, gdzie w innych chorobach reakcje serologiczne dla p. B. są dodatnie, nawet z bardzo wysokiem mianem. Np. Weigmann przytacza 2 przypadki duru brzusznego i 2 przypadki *pneumonia crouposa*, Legeżyński, Meisel przypadki duru plamistego. Ada Sandmann w swojem studjum nad *endocarditis acuta*, opisuje trzy przypadki, w których we krwi znalazła inne bakterje, jako przyczynę zmian zastawkowych, serologicznie zaś *Bact. abort.* Bang 1:200 × 1:400. A jeśli dodamy wyniki pracy W. Löfflera, że aglutynacja w przebiegu ch. B. ulega w czasie wielkim wahaniom, że aglutyniny mogą już po paru tygodniach albo aż po paru latach zniknąć z surowicy, że może ich też zupełnie nie być, mimo „pełnego“ obrazu klinicznego i bakterjemji, a więc ten brak równoległości między reakcją serologiczną a bakterjemją — nakazuje nam bardzo ostrożne wysuwanie wniosków z wyników reakcyj serologicznych. Mówiąc o diagnostyce wspomnę krótko o diagnostycznym odczynie skórnym antygenem Poppe'go i szczepionką *„J. G. Farbenidustrie“*. Wartość tych szczepień nie jest jeszcze rozstrzygniętą. Są głosy za i przeciw. Dotychczasowe wyniki koncentrują się w trzech pytaniach: a) czy u ludzi „Bang-zdrowych“, serologicznie ujemnych, szczepienie daje wyniki dodatnie?, b) czy szczepienie diagnostyczne może spowodować uczulenie, którego następstwem byłyby wyniki dodatnie przy rewakcynacjach diagnostycznych?, c) czy jedno lub też kilkurazowe szczepienia mogą u człowieka wywołać dodatnie wyniki serologiczne? Straub przeprowadzając badania w tym kierunku otrzymał następujące wyniki: z 21 osób zdrowych, troje dało wynik dodatni. Przy powtórzeniu odczynu ilość dodatnich wyników wzrosła podwójnie. U jednej szczepionej osoby serologicznie wykazano aglutynację 1:200. Kroetz odrzuca diagnostyczne szczepienie, gdyż: 1) w wysokim procencie otrzymał gwałtowne reakcje z objawami silnego nacieku, rozkładu i nekrozy tegoż, 2) otrzymał wyniki dodatnie u osób pewnie „Bang-zdrowych“ i u chorych na inne choroby, jak: *lues, sepsis, pneumonia, decompensatio cordis, ulcus ventriculi, colitis* i t. p. Curschmann również wydaje ujemny sąd o wartości odczynów skórnych, podkreślając szczególnie ich nieswoistość.

Leczenie ch. B.: ci, którzy mieli możność leczenia szczepionką, stawiają ją na pierwszem miejscu w terapji. Co do innych środków stosowanych w leczeniu ch. B. można zacytować przysłowie: „każda liszka swój ogonek chwali“, — powtóre wogóle sąd o wartości leczniczej różnych środków w ch. B. jest trudny, raz ze względu na to, iż choroba zwykle kończy się wyleczeniem samoistnem, po drugie pozorny efekt po podaniu danego środka może akuratnie objawić się w czasie samowyleczenia, stąd fałszywe wnioski dla leczenia przyczynowego. Abstrahując więc od szczepionki, którą wszyscy zachwalają, cały arsenał środków zmobilizowano do walki z ch. B., wśród których nie brakło naturalnie i surowicy stosowanej przez Brunsa. Neosalwarsan stosował N a t o r p, S t e p p, trypaflawinę zaleca cały szereg autorów (T a n n h ä u s e r), przed którą znowu ostrzega L ö f f l e r, jako uszkadzającą wątrobę i nerki. Bardzo dobre skutki osiągnęli L ö f f l e r, B e r k e s s y, A s s m u s stosując koloidalne roztwory srebra, jak: kolargol, argochrom, elektrokolargol. N a t o r p opierając się na badaniach I v a r s s o n a, który wykazał uszkodzenia miąższu wątroby, zaleca insulinę i glukozę. Jedności więc niema — a nie wymieniam tych różnych środków przeciwgorączkowych stosowanych — i trudno jest lekarzowi praktycznemu zdecydować się, jaki środek ma użyć, tem bardziej, że leczenie ch. B. u ludzi więcej inteligentnych, czekających z wielką niecierpliwością na upragniony spadek ciepłoty — jest nieraz dosyć niewdzięczne. W takiej sytuacji znajdowałem się też i ja. Chory otyły, dla którego leżenie nie było zbyt przyjemne, całemi dniami marudził, narzekał, uważając swój stan za beznadziejny prawie. Podawanie różnych środków przeciwgorączkowych bez skutku. Opierając się więc na efektach, jakie mieli A s s m u s, B e r k e s s y, mając na myśli twierdzenie N a r g o s e n a, który widzi w ch. B. momenty toksyczne jak silne poty, chwiejność układu krwionośnego, a co najważniejsze chcąc już niejako wprost sugestywnie wpłynąć na psychikę chorego, podałem wśródżylnie *„argocoll“* Klawe w ilości 5 cm³ co drugi dzień. Efekt leczenia był nadspodziewany, gdyż gorączka już po pierwszej injekcji opadła. Podając to, absolutnie nie twierdzę że *„argocoll“* rozstrzygnął. *Post hoc, ergo propter hoc.* Może on jednak być spokojnie użytym przez lekarza praktyka, nie mającego sposobności użyć szczepionki, a który ma pewne obawy w podawaniu środków nieobojętnych, jak salwarsan i trypaflawina.

Epikrytycznie: przypadek pierwszy jest jasny. Kilkakrotne badania krwi i obraz kliniczny łącznie, nie nasuwały żadnych wątpliwości w rozpoznaniu. Natrafiłem na takowe w tych dwu przypadkach, u których we krwi na początku choroby wykazano pałeczki durowe, W i d a l, G u b e r dla duru dodatni, jako też dla p. B. kilkakrotnie: 1:1600, klinicznie obraz duru. Z czem więc mieliśmy do czynienia? Jak sobie wytłumaczyć dodatni odczyn serologiczny dla p. B. równocześnie przy durze? Jak wyżej wspomniałem, W e i g m a n n opisuje przypadki dodatnich odczynów serologicznych dla p. B. w dwu wypadkach duru; starając się tę rzecz rozstrząsnąć, pobrałem krew od reszty, zdrowych członków rodziny tych chorych i ku memu wielkiemu zadziwieniu u wszystkich (ojciec, synek, córka), reakcja była kilkakrotnie dodatnią 1:1600. Na moją próbę P. Dr. P e n n e c k e z prosektury śląskiej w Cieszynie przeprowadził badania z surowicą czynną i nieczynną i tu też większych różnic nie było. Co ciekawsze: po raz ostatni pobrałem krew około 10. II. od wszystkich chorych, posyłając ją równocześnie do badania P. Dr. P e n n e c k i e m u do Cieszyna i JWP. Prof. Dr. G i e s z c z y k i e w i c z o w i[4]) do Krakowa. Wyniki były równe. W pierwszym przypadku ch. B. 1:800, w pozostałych dwu przypadkach dur o znacznie mniejszem mianie jak poprzednio i u wszystkich członków rodziny Wr. tak chorych na dur jak i zdrowych „Bang“ ujemny. Jak tłumaczyć sobie po tem badaniu te przypadki rodziny Wr.? Co u nich przyjąć? Na powtórne zbadanie krwi w 12 godzin po podaniu *caseosanu* lub mleka śródmięśniowo (L ö h r) chorzy się nie zgodzili. Istnienie równoczesnie infekcji durowej i p. Banga? Wydaje się to nieprawdopodobne, gdyż oba zarazki wymagają różnorodnych warunków biologicznych (K o k o t e k i P o z n a ń s k i). Na mocy kazuistyki ch. B. nie przyjąłbym tu istnienia t. zw. *„Banglatens“*. Że takowy istnieje, jest rzeczą stwierdzoną tak u ludzi, jak i u bydła. Jednakże wiadomo z literatury, *„Banglatens“* ulega manifestacji — „aktywacji“ — jeżeli dany organizm przejdzie inną chorobę, osłabiającą jego odporność.

K o k o t e k i P o z n a ń s k i opisali swój przyp. ch. B. u osobnika, który przeszedł dur. H e m p e l przyłącza przypadek ch. B. po *thrombophlebitis*, B o r c h e r s po *gastroenteritis.* Znane są opisy ch. B. po przebyciu: zapalenia miedniczek nerkowych, gardła, woreczka żółciowego, czyraczycy a nawet urazu. Dłuższa obserwacja moich chorych nie wykazała tej „aktywacji“ ch. B. Przeciwko „przypadkowej“ może „nietypowej“ reakcji przemawiają: 1) surowica chorych na dur nie aglutynuje p. B. ani odwrotnie. 2) fakt wyników dodatnich, stwierdzonych kilkakrotnie u zdrowych członków rodziny Wr. Skłaniałbym się więc do koncepcji, że cała rodzina Wr. przeszła w jednym okresie czasu ch. B. bezobjawowo lub też z nieznacznemi objawami, która obecnie anamnestycznie jest dla nas nieuchwytna, a dwoje z tych członków przechodziło teraz dur. Zniknięcie aglutynin przy ostatniem badaniu jest również zjawiskiem interesującem. Lecz znana jest wogóle wielka chwiejność w pojawianiu się tychże i znikaniu. Z ostatniego badania krwi widzimy, że i miano zlepne dla duru również się wybitnie zmniejszyło. U wszystkich więc członków rodziny, którzy w jednakowym czasie ulegli zakażeniu p. B. i którzy przez pewien czas wykazywali aglutyniny w surowicy, takowe w jednakowym czasie zniknęły. Podobne nieco zjawisko możemy obserwować w surowicy osób szczepionych przeciwko durowi, co podczas wojny zauważył F l e c k s e d e r. U tychże osób stwierdzone aglutyniny znikają

---

[4]) JWP. Prof. Dr. G i e s z c z y k i e w i c z o w i za łaskawe zbadanie krwi, JWP. Prof. Dr. K o s t r z e w s k i e m u za cenne i chętne informacje, składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

i znowu mogą się pojawić w czasie przebiegu innej choroby gorączkowej, co nieraz nastręczało wielkie trudności diagnostyczne. W odniesieniu do obserwowanej przeze mnie rodziny Wr. jasne jest również i źródło infekcji, gdyż wszyscy zgodnie podali, że oddawna jest u nich zwyczajem picie surowego mleka.

Sprawa profilaktyki szerzenia się ch. B., która w pierwszej linji w rękach weterynarji spoczywała, była pierwej dla nas mniej ważną. Dzisiaj musimy to inaczej ocenić, kiedy wiemy, jaką rolę w patologji i klinice lekarskiej p. B. odgrywa. Ta sprawa teraz i nas obchodzi, tem bardziej, że i weterynarja profilaktyki jeszcze ostatecznie nie rozstrzygnęła, a metod używała kilku. Oczyszczanie obór ze sztuk chorych, kontrolowanych serologicznie dało dobre wyniki w Norwegji (Holth) i w Australji (Sidon). Uodpornianie bierne nie dało rezultatów (Meissner). Uodpornienie czynne czyto wyciągami z bakteryj czyto zabitemi zarazkami również nieco zawiodło. Od r. 1903 Bang i Stribolt zaczęli używać do uodparniania żywych bakteryj. Czy sposób ten dał pewne wyniki — nie chcę w to wchodzić. Zdania są podzielone. I tak np. Stockmann w Anglji miał dobre wyniki, których nie widział Jensen w Danji. Dla nas lekarzy jest jednak to najważniejsze, że metodą tą zwiększa się ilość nosicieli zarazków u bydła. Sztuki uodpornione tą metodą wydzielają zarazki w mleku (Smith i Little, Reisinger, Lerche) a to zaś zwiększa naturalnie możliwość zakażenia u ludzi, i przeciw takiej metodzie, jak słusznie twierdzi Schottmüller, medycyna musi mieć pewne zastrzeżenia. Kwestja przecież i gospodarczo jest dla nas bardzo ważną. W Niemczech obliczają szkody przez p. B. u bydła na 1/4 miljarda rocznie. A przecież nie jesteśmy krajem tak bogatym, by profilaktykę rozstrzygnąć tak radykalnie jak np. w Ameryce, gdzie każdą sztukę bydła reagującą serologicznie — zabija się. Uważam, że pierwszym krokiem w tym kierunku powinno być wydanie odpowiednich ustaw policyjno-sanitarnych i obowiązek zgłaszania ch. B — czyli objęcie kwestji ch. B. tak w medycynie jak i weterynarji pewnemi przepisami higjeny.

Kończąc, poczuwam się do obowiązku wyrazić jeszcze raz JWP. Dyrektorowi Radcy Sanitarnemu Dr. L. Reinprechtowi za szczególną pomoc, ułatwienia tej pracy, za chętną ocenę i kontrolę kliniczną, panu dr. Penneckemu, kierownikowi prosektury śląskiej w Cieszynie za chętne badania krwi, objaśnienia i uwagi jako też i chemiczce Weintraub-Horowitz, za pomoc w pracach laboratoryjnych na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Piśmiennictwo:

Bergmann-Staehelin: Inn. Mediz. — Strümmpell: Inn. Mediz. — Mehring Krehl: Inn. Med. — Tannhäuser-Stepp-Bergmann: Inn. Mediz. — Matthes: Differentialdiagn. d. Inn. Krank. — Lotze-Wichelis: Z. klin. Med. 1930 — 114. — Löffler: Schweiz. med. Woch. Nr. 40. — Lentze: Zbl. Bakter. 118 H. 5/6. — Schlossmann: Z. Hyg. 111. H. — Lenhartz: Med. Welt. 16. 1932. — Martin Klimmer: Klin. Wochschr. Nr. 93. — Birk: M. m. W. 29. 1932. — Straub: Z. f. inn. Med. 44. 1932. — Kroetz: tamże. — Curschmann: tamże. — Legeżyński: Rozpr. Biol. VI. 3—4. 1928. — Kokotek i Poznański: P. G. L. 1. 1931. — Feliks: P. G. L. 18. 1929. — Curschmann: Med. Klin. 14. 1932. — Elkeles: i Fried: D. m. W. 37. 1932. — Schlesmann: Klin. Woch. 39. — 41. 1932. — Bittrolff: Z. f. Chir. 31. 1932. — Nagel: Schw. Med. Woch. 40. 1931. — Natorp: M. m. W. 19. 1930. — Rsajew: M. m. W. 25. 1930. — Morawitz: M m. W. 47. 1932. — Pepeu: M. m. W. 16. 1932. — Müller: M. m. W. 43. 1931. — Herman Karl: Wiener. kl. W. 47. 1930. — Grilichers: Schw. med. W. 19—22. Poppe: Med. Klin. 44. 1930. — Stepp: ibidem. Schottmüller: D. m. W. 43. 1930. — Magendantz: Med. Klin. 7. 1930. — Hagemeister: Med. Klin. 28. 1930. — Nagorsen: Med. Klin. 40. 1930. — Lang: Med. Klin. 11. 1930. — Spengler: Arch. f. Inn. Med. Bd. 19. H. 1—2. Jakobitz: Klin. Woch. 14. 1930. — Koschate: Jb. Kind. Heilk. 128. H. 5/6. — Hottinger: Kl. Woch. 37. 1930. — Eliassow: D. m. W. 30. 1930. — Assmus: Kl. Woch. 24. 1930. — Natorp: D. m. W. 31. 1930. — L. v. Berkessy: W. Klin. Woch. 3. 1930. Habs: Arch. f. Hyg. 102. H. 5. — Rudolf: W. m. Woch. 47. 1930. — Knobloch: M. m. W. 36. 1932. — Schnürer: Aerztl. Prax. H. 2. 1933. — Rössle: M. m. W. 1. 1933. — Hebenstreit: P. G. L. 22. 1931. — Prausnitz: Med. Klin. 4. 1929. — Sandmann: Zbl. f. inn. Med. 52. 1932. — Weigmann: D. m. W. 7. 1931. — Meissner: tamże. — Schottmüller: tamże. — Löhr H.: D. m. W. 17. 1924.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Alfred KAMSLER. Zakopane.

Jak ustosunkować się do zachowawczych metod leczniczych w gruźlicy płuc[1]).

Leczenie klimatyczno-wypoczynkowe i zabiegi chirurgiczne można uważać za najważniejsze metody lecznicze gruźlicy płuc.

Zdarzają się jednak liczne przypadki, w których z jakichkolwiek bądź przyczyn metod tych zastosować nie można. Odnosi się to szczególnie do zabiegów chirurgicznych, które można tylko wtedy zalecić, jeśli się uwzględni ściśle wskazania dotyczące ogólnego i miejscowego stanu chorobowego pacjenta. W przypadkach tych musimy uciec się niejednokrotnie do leczenia zachowawczego. Również w tych przypadkach, które można skwalifikować jako nadające się do leczenia chirurgicznego, powinno się stosować zrazu leczenie klimatyczno-wypoczynkowe i metody zachowawcze w ścisłem znaczeniu. Można w ten sposób uchronić chorego nieraz od przykrych następstw wymienionych zabiegów.

Znane są liczne metody zachowawcze, ale okazało się zczasem że tylko niektóre z nich są skuteczne. To też w tym krótkim referacie przytoczę tylko te metody, które cieszą się obecnie największem uznaniem lekarzy.

Dieta:

Dzięki pracom Gersona, Sauerbrucha i Hermansdorfera skierowano ostatnio baczną uwagę na odżywianie się w ogólności, a na odżywianie chorych na gruźlicę w szczególności. Coprawda zalecona przez wspomnianych autorów bezsolna dieta zawiodła w leczeniu gruźlicy płuc, jednak niezaprzeczalną ich zasługą jest fakt, że skierowali ogólną uwagę na tę, dotychczas zaniedbaną, dziedzinę.

Wojna światowa pouczyła nas, że niedostateczne odżywianie się jest jedną z głównych przyczyn śmiertelności na gruźlicę. Na lata wojny 1917—1918 przypada największy głód i w tych właśnie latach notujemy największą cyfrę śmiertelności na gruźlicę. Nędza wojenna przyczyniła się do rozszerzenia się wysiękowej postaci gruźlicy z jej znanem przeważnie niepomyślnem zejściem śmiertelnem. Równocześnie w krajach niedotkniętych wojną np. w Szwajcarji okazało się, że nadmierne odżywianie się jest nieuzasadnione. Porcje w tamtejszych lecznicach zmniejszono w owym czasie do normalnej ilości, a wyniki leczenia były przynajmniej tak dobre, jak w latach przedwojennych.

Normalne pożywienie chorych powinno obfitować przedewszystkiem w tłuszcz i węglowodany. Mniejsze znaczenie ma białko, szczególnie w postaci mięsa.

Mouriquand zaleca 2.400—3.000 kaloryj (40—50 kaloryj na kilogram) a mianowicie: białka 2 g na kg — 3/4 w postaci mięsa a 1/4 w postaci jarzyn obfitujących w białko. Tłuszcze: 2 g na kg szczególnie masło. Węglowodany: 5 g na kg.

Schroeder zaleca większe ilości, przystosowując je do każdorazowego stanu chorego. Zaleca on pożywienie obfitujace przedewszystkiem w tłuszcz i białko.

	Białko	Tłuszcz	Węglowod.	Kaloryj
Osobnik zdrowy (według Voigta)	120	50	500	3.000
Zagrożony gruźlicą	110—120	100—120	400—500	3200—3600
Wytwórczo-marska, bezgorączkowa gruźlica	120	150	500	3.925
Mięszana wytwórczo-zapalna bezgorączkowa gruźlica	120—150	120—150	400—500	3250—4060
Gorączkowa, czysto zapalna gruźlica	150—180	150—200	400—500	3650—4650

Gruźlica jest chorobą prowadzącą do wyniszczenia i charłactwa. To też, zdaniem Schroedera, należy pożywienie podawać w nadmiarze. Porcja białka wynosi u zdrowego 120 g, u chorego z silnemi objawami zatrucia do 180 g. (Durig zaprzecza wzmożonemu toksycznemu rozpadowi białka i twierdzi, że podawanie białka w nadmiarze jest zbyteczne i nieuzasadnione. Ma on tutaj, naszem zdaniem, zupełną rację).

Tłuszcz należy podawać w znacznych ilościach, gdyż wzmacnia on siły odpornościowe organizmu. Szczególne znaczenie posiada lekkostrawny tłuszcz w postaci masła i tranu rybnego. W miarę wzrostu wskaźnika lipazy we krwi, ma nastąpić polepszenie stanu zdrowia (Schroeder).

[1]) Z pominięciem leczenia klimatyczno-wypoczynkowego.

Pod względem węglowodanów zdania są podzielone. Jedni autorzy zalecają węglowodany w znaczniejszych, inni w mniejszych ilościach. Wydaje się jednak wskazanem podawać węglowodany raczej w większych ilościach, aniżeli w małych. Ułatwiają one bowiem trawienie tłuszczu i wzmacniają czynność odtruwającą i obronną wątroby. Jako węglowodany wchodzą w rachubę: chleb, ziemniaki, wytwory mączne, marmolady, owoce, miód, sałaty i. t. d.

Ilość płynów nie powinna przekraczać $1^1/_2$ litra dziennie, gdyż nagromadzenie płynów, upośledza odporność organizmu na zakażenia.

Bardzo ważne znaczenie w lecznictwie gruźlicy posiadają *witaminy*. Działanie ich w gruźlicy jest wybitne. Z chwilą doprowadzenia większej ilości witamin można zaobserwować zmniejszenie się ilości plwociny, spadek ciepłoty, przybytek na wadze i t. d.

Witaminy znajdują się w zwyczajnych i codziennych potrawach w dużej i dostatecznej dla organizmu ilości. Obecność ich zależy od następujących czynników: 1) wodę po wygotowaniu jarzyn i ziemniaków powinno się w gotowaniu zużyć dla innych celów np. zupy i t. p. (także ze względu na ich zawartość rozpuszczalnej soli mineralnej). 2) Spożywanie wielkich ilości surowych owoców i jarzyn (sałaty, kwaśna kapusta, pomidory, marchewka i t. d.). 3) Należy spożywać większe ilości mleka i produktów mlecznych. Mleko i ser są też dlatego ważne, gdyż oprócz witamin posiadają dużo organicznie związanego wapnia, który w tej postaci ulega szczególnie łatwo przyswajaniu. 4) Potrawy nie powinny być zbyt długo gotowane względnie pieczone (v. Noorden).

Witaminy A i D występują obficie w tranie rybim. Pierwszej przypisujemy wzmożenie odporności na wszelkie zakażenia, drugiej zaś korzystny wpływ na przemianę wapnia i układania się jego w ogniskach gruźliczych.

Niektórzy zalecają wyłącznie surową dietę celem silnego doprowadzenia witamin. Według badań Loewyego i Behrensa należy jej jednak bezwzględnie zaniechać. Organizm wyzyskuje ją naogół niedostatecznie, a przeróbka białka leży na bardzo niskim poziomie i nie wystarcza do pokrycia zapotrzebowania organizmu.

Sól kuchenna odegrała ostatnio poważną rolę na skutek zalecania bezsolnego odżywiania się przez Gersona i Sauerbrucha. Dieta ta nie jest jednak bezsolną, jak autorzy ją nazywają, lecz tylko ubogą w sól. Badania v. Noordena wykazały w niej zawartość 5—8 g soli kuchennej, podczas gdy normalne pożywienie zawiera 15 g. Ale już ta zmniejszona ilość soli kuchennej odgrywa niezawodnie wielką rolę w leczeniu chorób zakaźnych, powodując: 1) utratę wody w tkankach, co najlepiej można zaobserwować przy zapalnych obrzękach i skłonności do otyłości, 2) oszczędzanie nerek i naczyń, 3) względną przewagę wapnia, który przeciwdziała zapaleniom.

We Francji stosuje się rozmaicie terapję solą morską (20 g soli morskiej dziennie). Ma ona na celu uzupełnić braki powstałe na skutek silnego wydzielania soli kuchennej przez gruźlików. Nie da się z miejsca zaprzeczyć, że obie metody, zarówno dieta uboga jak i obfita w sól, mają pewne znaczenie w leczeniu stanów chorobowych. Pragnienie, głód i brak soli zarówno jak obfity dopływ wody lub soli wywołują przejściowe zaburzenia izotonji, izojonji i izohydrji i mogą w ten sposób oddziaływać na przebieg procesów chorobowych (Starkenstein).

Niektórzy autorowie zalecają dietę śledzionową (Armand-Delille, Bayle, Birstein i Ikonen, Breitner, Hornung, Mattausch, Ruttgers i Kamsler, J. i Z. Skibińscy). Podaje się dziennie 100—150 g śledziony cielęcej lub wieprzowej, o ile możności w stanie surowym, względnie wyciąg śledzionowy w postaci kropel lub zastrzyków. Z polskich preparatów stosuję najczęściej *„lien"*. Chorzy otrzymują 4 zastrzyki tygodniowo. Równocześnie zażywają chorzy 3 razy dziennie po 20 kropel *extractum-glicer. lienis* względnie 5 pastylek *opozones á base splénique* Lumièra. Kuracja trwa 2 do 3 miesięcy, a w razie potrzeby można ją po kilku tygodniach powtórzyć.

Działanie śledziony nie jest jeszcze dostatecznie zbadane. J. i Z. Skibińscy przyjmują, że śledziona podawana u chorych na gruźlicę rozwija częściowo działanie hormonalne, częściowo działanie nieswoiste drażniące. Do działania hormonalnego odnieść należy wpływ na ośrodek ciepłoty ciała, na perystaltykę i na narządy krwiotwórcze. Działanie drażniące śledziony na układ siateczkowo-śródbłonkowy objawia się w dwóch fazach. W pierwszej fazie prowadzi ono do dalszego pobudzania tego układu, przyczem następuje spadek liczby ciałek białych, limfocytów i kwasochłonnych i odporności sokowej ustroju i t. d. W drugiej fazie następuje u chorych spadek ciałek białych, wzrost kwasochłonnych, odporności sokowej i tkankowej, powrót do normy limfocytów, monocytów, obojętnochłonnych. Są to objawy, które stwierdzałem u chorych po 6-cio tygodniowem leczeniu śledzioną. Nie przecząc teorji J. i Z. Skibińskich o działaniu śledziony hormonalnem i swoistem drażniącem, można przyjąć, że doprowadzenie śledziony ma zastępować wypadłą u chorych funkcję śledziony. Badając chorych w tym kierunku można stwierdzić, że w początkowych i pomyślnych formach śledziona jest prawie zawsze powiększona, podczas gdy w formach ciężkich śledziona ulega zanikowi. Zgadza się to ze spostrzeżeniami, iż wyniki doprowadzenia śledziony są szczególnie pomyślne u cięższej chorych pacjentów.

Do leczenia śledzioną nadają się bez wyjątku wszyscy chorzy. Szczególnie dobre wyniki można zauważyć u chorych, u których wszelkie inne leczenie jest z powodu ciężkiego stanu przeciwwskazane. (Nie należy chyba podkreślać, że nie można oczekiwać dobrych wyników tego sposobu leczenia u beznadziejnie chorych). Stan ogólny chorego ulega znacznej poprawie, gorączka opada, apetyt wzmaga się, chory przybiera na wadze, a morfologiczny obraz krwi wykazuje wzmożenie się hemoglobiny i limfocytów. Wbrew twierdzeniu różnych autorów, że po zażywaniu śledziony ilość hemoglobiny się zmniejsza, należy podkreślić, iż u chorych na gruźlicę ilość jej powiększa się i to szczególnie w drugim miesiącu leczenia. Słusznie podkreślają J. i Z. Skibińscy, iż inne jest działanie śledziony u zdrowych a inne u chorych. Tem też tłumaczy się różnice w oddziaływaniu śledziony na ilość hemoglobiny u chorych na gruźlicę a chorych na *polycythaemia rubra*. U pierwszych ilość hemoglobiny się powiększa, u drugich zmniejsza. Leczenie śledzioną powinno się stosować na szerszą skalę już choćby z tego powodu, iż żaden z wymienionych autorów pogorszeń nie spostrzegał.

Przekrwienie bierne jako metoda lecznicza.

Działanie wszelkich środków stosowanych w gruźlicy płuc jest przeważnie pośrednie. Dotychczas nie zdołano bowiem wynaleźć środka, któryby w myśl *„therapia magna sterilisans"* mógł ognisko chorobowe skutecznie zaatakować bez szkody dla organizmu. Znane nam środki wywołują bądźto wzmożenie odporności całego organizmu, bądźto przekrwienie okołoogniskowe. Najczęściej stosowane metody leczenia gruźlicy t. j. tuberkulina i sole złota a poniekąd także leczenie zapadowe działają w znacznej mierze dzięki wywołaniu miejscowego przekrwienia.

Podobnie ma się rzecz z pędzlowaniem jodyną, kataplazmami i bańkami, które wywołują przekrwienie powierzchowne i których korzystne działanie jest powszechnie znane.

Maska ssaca Kuhna polega na wywoływaniu przekrwienia. Wytwarza ona w drodze zmniejszenia ilości potrzebnego do oddechania tlenu duszność wdechową, która przyczynia się do poprawy oddechu i wzmocnienia mięśni klatki piersiowej.

Dalsze działanie maski Kuhna polega na tem, iż podobnie, jak w górach, ilość barwika i czerwonych ciałek krwi się powiększa. Stosowanie jej jest wskazane w przypadkach, w których staramy się o zabliźnienie małych ognisk i wessanie wysięku (pozostałości po zapaleniu opłucnej, przewlekły katar oskrzeli i zrazikowe zapalenie płuc).

Leczenie metodą wziewania.

Do wziewania używa się zarówno organicznych jak też nieorganicznych składników. Kortalit, ciało aromatyczne pochodzi z kory dębowej. Po jego zastosowaniu ma następować poprawa objawów kataralnych, zmniejszenie podrażnienia kaszlowego i łatwe wykrztuszanie. (Friedeman i Deicher).

Z ciał nieorganicznych stosuje się sole wapniowe np. preparat Lex-Zeyena, który jest związkiem siarko-wapniowym, względnie salfesil, połączenie Ca, Mg, Al, Fe i Si.

Wziewanie stosuje się z wzrastającą siłą. Rozpoczyna się np. od 3 razy dziennie po 2 minuty a kończy po tygodniach 8 razy dziennie po 8 minut. Po 4-tygodniowej przerwie można leczenie powtórzyć.

Bezwzględnem przeciwwskazaniem są krwotoki, ostre skoki i wahania ciepłoty, odczyny ogniskowe, wrzodziejące zapalenie gardła. Korzystne działanie wdychiwań polega, zdaniem różnych autorów, na poprawie łaknienia, snu, przybieraniu na wadze, zmniejszeniu się kaszlu i plwocin. Nie jest jednak wykluczonem, że wielką rolę w ocenie tych wyników odgrywa sugestja.

Wziewanie środków antyseptycznych (gwajakol, gomenol i inne) okazało się bezskuteczne i dlatego usunięto je z lecznictwa gruźlicy, podobnie, jak zażywanie pochodnych kreozotu.

Leczenie podrażniające.

W pierwszym rzędzie musimy wspomnieć tutaj *autohemoterapję*, czyli stosowanie lecznicze własnej krwi.

Według Brodskiego, Melnikowa, Podlewskiego i innych jest ono nieszkodliwe, podnosi siły obronne i wzmacnia procesy odpornościowo-biologiczne organizmu, działa dodatnio na układ współczulny, aparat krwiotwórczy i pobudza czynności wydzielnicze.

Leczenie rozpoczyna się od 2 cm³, stosując 2 razy tygodniowo aż do 10 cm³.

Nasze doświadczenia autohemoterapją są mniej pomyślne, gdyż mogliśmy we wszystkich stosowanych przez nas przypadkach (3) stwierdzić niepożądane pogorszenia. Do podobnych wniosków dochodzą Skibiński i Karwowski na podstawie systematycznych badań krwi.

Lipatren składa się z nieswoistego zwierzęcego lipoidu i *yatren'u*. Myślą przewodnią tego leczenia jest przypuszczenie, że lipoidy jako nosiciele odporności wywołują przy odpowiedniem dawkowaniu korzystny wpływ na organizm. *Lipatren* stosuje się śródmięśniowo. Rozpoczyna się od małych dawek 0.05 do 0.1 i dochodzi do 1 cm³. Niekiedy występują podczas leczenia miejscowe odczyny, które należy dokładnie śledzić i w razie potrzeby dawkę obniżyć. Po każdym zastrzyku powinno się chorego obsłuchać podobnie, jak podczas leczenia tuberkuliną, aby w ten sposób zapobiec szkodliwym następstwom stosowania zbyt wysokich dawek.

Karyon (Kuthy) jest wyciągiem z liści drzewa orzechowego. Stosuje się go naogół mało, a działanie jego polega na leczeniu drażniącem i nieswoistem.

Angjolimfa jest wyciągiem różnych roślin egzotycznych. Zawiera ona glikozy i glikozydy, nie zawiera żadnych składników mineralnych względnie alkaloidów. Rouss zaleca ją jako dobry środek leczniczy.

W ramach terapji drażniącej należy wspomnieć o *leczeniu promieniami Roentgena*. Wielkie zasługi około jego rozwoju położyli przedewszystkiem Backmeister, de La Camp i Schulte-Tigges. Do leczenia promieniami Roentgena nadają się umiejscowione postacie gruźlicy wytwórczej. Ograniczone jamy wykazujące dążność do zlokalizowania się nie stanowią przeciwwskazania. Natomiast nie nadają się do leczenia wszelkie postępujące i wysiękowe postacie gruźlicy, wczesne nacieki i wogóle świeżo powstałe ogniska.

Niekażdy chory reaguje jednakowo na leczenie promieniami Roentgena, to też dawkowanie powinno się zastosować do poszczególnego organizmu. Backmeister zaleca 1—2 naświetlań tygodniowo i 5—10 jednostek skórnych. Filtracja zależnie od aparatu 4 mm aluminjum lub 1 mm miedzi. Godną polecenia jest t. zw. technika krzyżowa t. zn. naświetlenie przedniego i tylnego pola na jednem posiedzeniu. Bardzo ważną w czasie leczenia promieniami Roentgena jest kontrola krwi. Należy wystrzegać się silnego spadku leukocytów i limfocytów. Dok. nast.

Dr. Antoni KROKIEWICZ, Kraków.
em. prym. Szpitala Państw. św. Łazarza.

W sprawie artykułu Dr. Kowalczykowej „Z najnowszych studjów nad patogenezą nowotworów złośliwych" (P. G. L. Nr. 16. 1933).

Patogeneza nowotworów złośliwych dotychczas nie jest wyświetloną. W sprawozdaniu poglądowem Dr. Kowalczykowej, pomieszczonem w P. G. L. Nr. 16, b. r. zatytułowanem: „Z najnowszych studjów nad patogenezą nowotworów złośliwych" jest zaznaczonem, iż Oszacki i jego współpracownicy zauważyli u ludzi, dotkniętych rakiem, zmiany w obrębie krwinek czerwonych ze względu na ilość potasu, zmniejszenie objętości krwinek czerwonych i zaburzenia w procesach utlenienia w ustroju nowotworowym. Zaburzenia te odnosi Oszacki ostatecznie do zmian w biochemiźmie krwinek czerwonych i hemoglobiny — i jako wytyczną do dalszych badań nad patogenezą nowotworów złośliwych wskazuje na układ krwiotwórczy i zaburzenia jego czynności.

Już przed 20 laty, przypuszczając, iż w patogenezie nowotworów złośliwych odgrywa niepośledną rolę nieprawidłowy, bliżej nieznany, stan biochemiczny krwi, podjąłem na moim oddziele chorób wewnętrznych Szpitala krajowego św. Łazarza odnośne badania w tym kierunku. W r. 1912 ogłosiłem w Przeglądzie Lekarskim Nr. 1—2 (Z dziedziny badań nad rakiem. Część I. i w *Wiener Klin. Wochschr.*, Nr. 7.) wyniki tych badań krwi chorych na raka. Uprawniły mnie one do następujących wniosków:

I. Krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka, pomimo znacznego ogólnego charłactwa, wodnistości krwi i bardzo małej ilości hemoglobiny zawierają stale znacznie więcej ciał białkowatych, stracających się odczynnikiem Uffelmanna, niż krwinki czerwone krwi prawidłowej. Okoliczność ta wskazuje, iż krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka odznaczają się niezwykłą zdolnością pochłaniania i przyswajania istot białkowatych, krążących w osoczu krwi a w danym przypadku najprawdopodobniej wydzielin komórek nowotworowych rakowych, które dostają się do ogólnego krążenia. W miarę coraz większego nagromadzania się wytworów wydzielniczych z komórek nowotworowych rakowych we krwi i coraz większego ich pochłaniania przez krwinki czerwone, zmienia się coraz bardziej skład krwinek jakościowo i ilościowo, a tem samem wytwarza się coraz większe charłactwo ustroju.

2) Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na krwinki czerwone równoimienne t. j. tego samego osobnika i wywołuje hemolizę, podczas gdy w miarę większych dawek działa coraz mniej szkodliwie, wywołując zrazu poikilocytozę a tylko w bardzo nieznacznym stopniu hemolizę — a w wielkich dawkach wytwarza nawet obraz drobnowidowy, zbliżony do stosunków prawidłowych.

3) Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na nieopłókane krwinki czerwone krwi prawidłowej i wywołuje hemolizę — a w większych dawkach działa mniej szkodliwie, wywołując poikilocytozę bez hemolizy. Natomiast opłókane krwinki czerwone krwi prawidłowej wobec wszelkich ilości surowicy krwi chorych na raka żołądka zachowują się zrazu odpornie — i dopiero ulegają zupełnej hemolizie przy działaniu tejże na nie przez dłuższy czas w ciepłocie 37°.

Powyższe wyniki skłoniły mnie do zastosowania w celach leczniczych autohemoterapji u chorych z rakiem, co ogłosiłem w r. 1912 w „Roczniku Lekarskim" (Autohemoterapja a raki) (i w *Wien. Kl. Wochsch.* Nr. 35, r. 1912). Autohemoterapię zastosowałem u 10 chorych a spostrzeganie kliniczne uprawniło mnie do następujących wywodów:

1) Wstrzykiwania podskórne małych dawek (6 cm³) własnej krwi chorym rakowym przyczyniają się do złagodzenia chery nowotworowej przez zmniejszanie się bólów i wymiotów. Chorzy w stosunkowo krótkim czasie odzyskują apetyt, sen, siły i energię życiową, czego poprzednio nie mogli osiągnąć po żadnem innem leczeniu. W rzadkich przypadkach bóle i wymioty zupełnie ustępują i może się znacznie poprawić odżywienie chorych.

2) W przypadkach, w których wykonano z powodu nowotworu rakowego doszczętny zabieg operacyjny, autohemoterapja może wpływać w wysokim stopniu na ozdrowienie i powinna być naówczas stosowana jako dalszy środek leczniczy. Bliższe szczegóły znajdują się w odnośnych pracach.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Wilhelm GABEL. Lwów.

Z praktyki codziennej.

Chłopak 13-letni, uczeń gimnazjalny, zachorował wśród objawów ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Operacja przeprowadzona natychmiast w szpitalu potwierdziła rozpoznanie. Po 14 dniowym pobycie w szpitalu rodzice odebrali go, jako zupełnie wyleczonego, zpowrotem do domu. W dwa dni potem zostałem powtórnie do tego samego chłopca zawezwanym. Rozpoznałem typową błonicę i zaproponowałem rodzicom zastrzyk surowicy, jako nieodzownie konieczny — na co też oni się zgodzili. Jak zawsze, przed każdym zastrzykiem surowicy, wypytywałem się dokładnie rodziców, czy też kiedykolwiek jaka surowica była u chłopca wstrzyknięta. Ojciec, człowiek inteligentny, urzędnik sądowy — stanowczo zaprzeczył temu — również i matka i starsza siostra — urzędniczka sądowa. Jedynie sam chory twierdził, że już raz wstrzyknięto mu jakąś surowicę — a to właśnie w czasie pobytu w szpitalu z okazji zapalenia wyrostka robaczkowego. Napróżno starałem się chłopcu wytłumaczyć, że przecież nie był chorym na płonicę, błonicę lub odrę — że go z tego samego budynku zabrali do domu, gdzie go oddali, że to nie był szpital chorób zakaźnych, że wkońcu pewnie to było jakieś wzmacniające serce wstrzyknięcie — nic nie pomogło, chłopak obstawał przy swojem. Wobec tego musiałem zastrzyk odłożyć obawiając się wstrząsu anafilaktycznego, a informacja zasięgnięta w szpitalu brzmiała, że chłopak faktycznie otrzymał surowicę przeciwpłoniczą, w celach profilaktycznych. O tem rodziców przy oddaniu chorego nie poinformowano. Naturalnie wobec tego wywiadu — zastosowałem i moją czynność do tej informacji.

Stosowanie surowic zapobiegawczo — a mam tu na myśli surowicę przeciwbłoniczą, — płoniczą i Degkwitza, spotyka się w praktyce prywatnej z pewnym sceptycyzmem i pewnem zastrzeżeniem.

Okazało się, że czas trwania tak uzyskanej biernej odporności jest bardzo krótki, bo wynosi zaledwie 2 do 3 tygodni tak, że nie odosobniając źródła chorobowego, musianoby np. przy płonicy kilka razy takie wstrzyknięcie powtórzyć. Nadto twierdzą niektórzy badacze, że owszem w pierwszych dniach, po dokonanym zastrzyku wogóle odporność jest nawet zmniejszoną tak, że infekcja jest o wiele łatwiejszą aniżeli bez zastrzyku. Wkońcu obawa wstrząsu anafilaktycznego, jeżeli kiedyś później okaże się potrzeba zastosowania surowicy w celach leczniczych, każe być w stosowaniu surowicy zapobiegawczo niezbyt hojnym. Wprawdzie można użyć celem uniknięcia zaburzeń sposobu Besredki t. j. wstrzyknąć uprzednio 1 cm³, to jednak następne wyczekiwanie, jak Państ. Z. Hig. w swych przepisach podaje trzygodzinne, a fabryka, wyrabiająca surowicę Behringa nawet pięciogodzinne, nie jest czasem np. przy dławcu, lub przy spóźnionem zawezwaniu lekarza, gdzie niekiedy zastrzyk dożylny koniecznym się okazuje, obojętnem, nie mówiąc już o technicznych trudnościach wyczekiwania tak długiego czasu dla lekarza np. przy wyjazdach. I tak pisze znany pedjatra Prof. F e e r: „Również nie uważamy za konieczne u dzieci silnych i zdrowych przedsiębrać profilaktycznych szczepień dlatego, że w otoczeniu zaszedł wypadek błonicy, już z powodu przewrażliwości przy ewentualnie później koniecznie potrzebnych zastrzykach. A ponieważ ta bierna odporność po 3 tygodniach znika, należałoby właściwie taki zastrzyk co 3 tygodnie powtórzyć, o ile pewnie chce się uniknąć zachorowania".

Jeżeli tedy w praktyce prywatnej stosowanie zapobiegawcze zastrzyków surowicy napotyka na pewne zastrzeżenia, to z drugiej strony należy przyznać, że w szpitalach faktycznie, szczególnie w czasach grasowania epidemji, zastrzyki takie zapobiegawcze okazują się konieczne. Bo i zespolenie chorych z różnych części powiatu utrudnia ewidencję, czy też ten chory nie pochodzi z zakażonego miejsca, a tem samem ułatwia zawleczenie choroby zakaźnej — która, jak wiadomo — znajdując w szpitalach dogodne warunki szerzenia się, łatwo się w endemję przemienia, nie mówiąc o tem, że i przebieg takiej szpitalnej infekcji jest o wiele cięższym i groźniejszym.

W każdym razie uświadomienie rodziców — przy odbiorze dziecka, jest koniecznem i zwrócenie im uwagę, że dziecku została surowica wstrzyknięta. Tem bardziej, skoro dziecko nie było chore, jak w tym wypadku, na chorobę zakaźną, ani nie leżało na oddziele chorób zakaźnych. Przy rozległem zastosowaniu leczenia surowiczego w różnych chorobach, a Państwowy Zakład Higjeny wypuszcza obecnie 10 rodzajów, znakomitych zresztą w działaniu, surowic leczniczych, nie zawadzi i dorosłym zwrócić — w odpowiednich wypadkach — uwagę na dokonany zastrzyk surowicy, by w danym razie w późniejszym czasie lekarzowi, skoro o to pyta, wiedzieli, co mają odpowiedzieć.

I w praktyce prywatnej takie uświadomienie jest koniecznem. Łatwiejszem jest ono, gdyż dokonanie takiego zastrzyku surowicy bądźto w celach profilaktycznych bądźto leczniczych — jest połączone zawsze z pewnym rozmachem, przy- i przegotowaniem narzędzi tak, że procedura sama już wbija się na dłuższy czas w pamięć otoczenia. Czasem jednak i tu stoi się przed zagadką, co najlepiej zilustruje następujący fakt z praktyki codziennej. Późnym wieczorem zostaję zawezwany do chorego dziecka. Skonstatowałem naloty na migdałkach — jak przy pryszczykowem zapaleniu gardła, przytem kaszel wybitnie dławcowy, chrypka, a wziernikiem widziałem kilka nalotów na nagłośni. Wobec tego rozpoznanie poczynającego się błoniczego dławca nie ulegało wątpliwości. Zaproponowałem zastrzyk surowicy. Na to rodzice odpowiedzieli, że był już przedpołudniem lekarz, zastrzyknął coś, i kazał czekać do dnia następnego. Rodzice nie wiedzą, co zastrzyknął, gdyż lekarz wyjął ten lek ze swej torebki, ani nie zostawił żadnej recepty. Wiedząc z własnego doświadczenia, że wielu kolegów, szczególnie w czasie nasilenia chorób zakaźnych, nosi pewny zapas surowic w torebce ze sobą, chcąc tem samem oszczędzić na czasie, co nawet przy wyjazdach jest nieodzownem, byłem w niepewności, co i ewentualnie jaką dawkę kolega wstrzyknął. Wszelkie próby skomunikowania się z kolegą spełzły na niczem, gdyż wyjechał on do innego chorego. Wobec tego musiałem poradzić rodzicom, by do następnego dnia przeczekać. Okazało się, że kolega — uważając chorobę za zwykłe zapalenie gardła — wstrzyknął omnadynę. Odpowiednia dawka surowicy błoniczej spowodowała uzdrowienie dziecka.

Biorąc asumpt z tych ogłoszonych, a prawdopodobnie i wielu nieogłoszonych wypadków, możeby Państwowy Zakład Higjeny uważał za stosowne dołączać do swych wyrabianych surowic małą kartkę z napisem wyraźnym: *Oddać otoczeniu surowica* (taka a taka — tyle i tyle jednostek) *wstrzyknięta*. Kartka ta przypomniałaby lekarzowi o obowiązku uświadomienia otoczenia, względnie zwróciłaby odpowiednim czynnikom uwagę na konieczność poinformowania rodziców, przy odbiorze chorego ze szpitala, przez wręczanie im równocześnie wspomnianej kartki. Jestem wprawdzie najmocniej przekonany, że 95% tych kartek zginie, nim chory przestąpi swój własny próg, względnie nim lekarz prywatny opuści mieszkanie chorego, to jednak sam fakt ten utkwi w pamięci otoczeniu, i przyczyni się do uchronienia lekarza i chorego — przy ewentualnie później koniecznych zastrzykach — od przykrych zajść.

FEJLETON.

Prof. Dr. L. WACHHOLZ. Kraków.

Zwięzły czy obszerny podręcznik?

Na marginesie IV wydania mojej „Medycyny sądowej".

Prof. S i e r a d z k i wyraża w swej ocenie IV wydania mojej „Medycyny sądowej" (Pol. Gaz. Lek. 1933, Nr. 18) żal, że wydanie to nietylko nie doznało rozszerzenia w porównaniu z poprzedniem, lecz przeciwnie uległo skróceniu, poczem podnosi potrzebę wydania książki, któraby stanowiła obszerny podręcznik (nie *„Lehr"*- lecz *„Handbuch")*. W zasadzie zgodzi się każdy z tem życzeniem, ale zarazem przyzna każdy, że na wydanie obszerniejszego podręcznika w tej chwili niepora, nietylko u nas, ale wszędzie. Światowy kryzys gospodarczy nie pozwala szerszym kołom nabywać dzieł większych z powodu wysokich ich cen a płynąca stąd nierentowność nakładów takich dzieł pociąga za sobą brak ich nakładców. W tych warunkach nie może być trudną decyzja, trzeba bowiem albo zrezygnować z pozyskania książki dla pewnej gałęzi nauk, albo zgodzić się na zdobycie jej w skromnej, a przez to dostępnej postaci. Skromniejsza postać książki oddaje usługi szerokim kołom, książka obszerna i droga tylko nielicznym wybrańcom. Pierwsza jest żywotną koniecznością, druga pewnego rodzaju zbytkiem. Obecnie zaznacza się wszędzie dążenie do skracania dzieł naukowych nietylko u nas, ale nawet w Niemczech, w tej ojczyźnie wielotomowych *„Handbuch'ów"*. Przykład odpowiedni w tej mierze stanowi drugie wydanie podręcznika S t r a s s m a n n a z r. 1931. Podczas gdy pierwsze wydanie tej książki z roku 1895 (!) zajęło 43 arkusze druku, to wydanie drugie z r. 1931 już tylko 30 arkuszy druku. W porównaniu z tem dziełem jest skrócenie IV wydania mojej „Medycyny sądowej" nieznaczne, wynosi bowiem tylko 6 arkuszy druku, a wyrównane jest zarazem w znacznej mierze przez formę druku, t. j. przez zastąpienie szerokiego garmontu zbitym, jednak dobrze czytelnym, borgisem.

W związku z zasadniczem założeniem mojej „Medycyny sądowej", któremu dałem już wyraz w przedmowach do wydań poprzednich, zaostrzonem o wiele cięższemi współczesnemi warunkami wydawniczemi, musiałem wobec imperatywu nakładcy co do skrócenia książki usunąć w IV wydaniu wszystkie te ustępy, które, chociażby były pożądane, przecież jako wchodzące w zakres innych dyscyplin, (np. bieg chemicznego poszukiwania za truciznami i t. p.) nie mogą być uważane za niezbędne w dziele poświęconem medycynie sądowej. Przecież ustępów takich nie posiadają doskonałe zresztą a o wiele obszerniejsze od mej książki dzieła obce, jak np. H o f m a n n a-H a b e r d y *Lehrbuch* z roku 1927, obejmujące 77 arkuszy druku. To ostatnie dzieło nietylko zamieszcza przytem na stronie 707 przypadek samozadławienia Binnera (bez obawy „zdezorjentowania" uczniów niemieckich), lecz przemilcza zarazem technicznie niełatwe i wymagające dobrej pracowni poszukiwanie za alkoholem we krwi w przypadkach wątpliwego upojenia nim, a to pomimo że dzieło H o f m a n n a-H a b e r d y jest obszerniejsze od mego o 48 arkuszy druku i pomimo, że stwierdzanie wątpliwego upojenia alkoholem nie straciło w Austrji swego praktycznego znaczenia tak, jak u nas w obliczu naszego kodeksu karnego. Dzieło powyższe omawia sposób badania krwi na przynależność grupową zarówno dla celów karno- jak i cywilnosądowych zaledwie na niespełna półtorej stronicy. Że wprowadzenie zwłaszcza krótkiej tylko wzmianki np. o absorpcyjnych metodach badania krwi lub o ostatnio dopiero odkrytych właściwościach krwi M, N i P, nie dałoby czytelnikowi mej książki (lekarzowi i prawnikowi) żadnej korzyści ze względu na zawiłość i techniczną trudność zagadnienia, wykazał najlepiej przewód sądowy w krakowskim procesie Gorgonowej. Trzeba o tem zawsze pamiętać, że w każdej nauce są pewne zagadnienia, dla których jako dla dostępnych tylko specjalistom nie ma miejsca w zwięzłych podręcznikach elementarnych.

Zarzut Prof. S., jakoby wskazówki moje co do kwalifikacji złamań długich kości kończyn i t. d. były zbyt arbitralne, skoro je ogółem podciągają pod brzmienie § 1 a) art. 236, uważam za niesłuszny, albowiem codzienne doświadczenie uczy, że wszystkie te obrażenia pociągają za sobą zawsze ponad 20-dniowe naruszenie

zdrowia, a tem samem także wymagane w naszej ustawie ponad 20-dniowe upośledzenie czynności obrażonego narządu. Podawanie przykładu dla spraw tak prostych i łatwych jak kwalifikowanie powyższych obrażeń wedle jasnej stylizacji ustawy, którego się domaga Prof. S., byłoby nawet w obszerniejszym podręczniku zbytecznem marnowaniem miejsca a tem samem niepożądanem podrożeniem ceny nowego wydania mej „Medycyny sądowej", ceny bezprzykładnie niskiej (12 zł 80 gr) choćby w porównaniu ze wspomnianą książką Strassmanna o równej z moją objętości (60 zł.).

Sądzę, że autorów dzieł i jak i ich recenzentów winny obowiązywać pewne stałe normy. Autor winien dawać w swem dziele wszystko to, co w stosunku do swego zaznaczonego we wstępie założenia powinien dać niezbędnie, recenzent zaś powinien się domagać w swej ocenie tylko tego, iżby wszystko to, co w myśl autorskiego założenia powinno się niezbędnie znaleźć w dziele, mieściło się w niem istotnie. Żadną miarą nie można autorowi czynić z tego zarzutu, zwłaszcza gdy miał przez wydawcę zgóry zakreślone rozmiary dla swego dzieła, że starał się w czasie głodu dać tylko kęs powszedniego a posilnego chleba dla mas, zamiast wybrednych osobliwości dla garści wybrańców.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowotwory. Nr. 1. 1933. K. Więckowski: Statystyka chorych na raka i inne nowotwory złośliwe z obszaru całej Rzeczypospolitej Polskiej. — E. Meisels: Nowotwory kostne. — L. Regmunt-Sobieszczański: Rak lewego płuca jako przyczynek do patologji raka.

Pedjatrja Polska. Nr. 1. 1933. R. Stankiewicz i K. Vincenz: Odma mózgowa i jej znaczenie w djagnostyce i lecznictwie wieku dziecięcego. — J. Zienkiewicz: Przyczynek do t. zw. odczynu limfocytowego u dzieci. — Z. Lejmbachówna: Cztery przypadki wścieklizny u dzieci. — F. Grodecki: Kilka słów o stosowaniu pomidorów w biegunkach u dzieci.

Therapia Nova. Nr. 3. 1933. A. Kiciński: Spostrzeżenia kliniczne nad nowym lekiem moczopędnym „Novuritem". — S. Kramsztyk: O djetetycznem i leczniczem znaczeniu drożdży.

Wiedza Lekarska. Nr. 4. 1933. W. Orłowski: Dusznica bolesna. — L. Regmunt-Sobieszczański: O nowych podziałach gruźlicy płuc.

Położna. Nr. 4—5. 1933. A. Markowa-Rutkowska: Konsekwencje artykułu p. Dra Z. Maurera: „Akuszerski w świetle swego zawodu i partactwa leczniczego". — N. Gierszowa: Smutne... lecz prawdziwe. — L. Gerhardt: Zapalenia. — J. Niemiec: Psychozy generacyjne. (Dokończenie). — H. Newlińska: Niebezpieczeństwa odprowadzenia moczu cewnikiem. — A. Łuszczkiewicz: Świadczenia podatkowe położnej z tytułu wykonywania zawodu.

Lekarz Polski. Nr. 5. 1933. Cz. Wroczyński: Znaczenie zdrojowisk dla spraw medycyny zapobiegawczej. — M. Michałowicz: Wskazania i przeciwwskazania do leczenia kąpielami solankowemi w wieku dziecięcym. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (dokończenie). — W. Odrzywolski: Bezrobocie lekarzy i jego przyczyny. — J. Hozer: Walka o umowę ramową z ubezpieczalniami.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 5. 1933. A. Suceaveanu: Ubezpieczenia społeczne w Rumunji. — Al. Wóycicki: Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia i opieka społeczna nad bezrobotnymi. — R. Szymanko: Ubezpieczenia społeczne w Sowietach. — H. Kłuszyński: Rak w świetle statystyki. — A. Fidler: Statystyka przyczyn zgonów ubezpieczeniowych w Z. U. P. U. w Warszawie. — Al. Utrysko: Uporządkowanie gospodarki finansowej w Kasach Chorych.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 19. 1933. F. Kudrzycka-Białoszabski: Organy dodatkowe i ich pozostałości na roślinnych surowcach lekarskich.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 153. 1933. K. Obitz: Pasorzyty jelitowe bydła z okolic błota Hryczyn oraz pewne uwagi o badaniu kału przeżuwaczy. — L. Ejsmont: Konstanty Janicki 1876—† 1932. (Wspomnienie pośmiertne). — Marczewski M.: Sprawa pasorzytów zwierzęcych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

OCENY.

Dusznica bolesna (L'angine de poitrine) — postacie kliniczne, leczenie wewnętrzne i chirurgiczne. C. LIAN. Przy współudziale pp. A. Blondel, G. Huret, M. Marchal i H. Welti. Paryż. 1932. Masson et Cie. 1 tom. Str. 429. Cena 55 fr. fr.

Na podstawie bardzo rozległego doświadczenia i licznych własnych spostrzeżeń w tej szeroko ujętej monografji omawia autor szczegółowo patogenezę, obraz kliniczny jak i tło anatomiczne rozmaitych postaci dusznicy bolesnej, dołączając do tego na własnem doświadczeniu oparte dokładne wskazówki lecznicze. Wychodzi on przytem ze słusznego zapatrywania, że dusznica bolesna jest tylko zbiorem objawów, powstałym na tle rozmaitych zmian anatomicznych i zaburzeń funkcjonalnych, przyznając jednak, że zmiany w świetle tętnic wieńcowych serca są jedną z podstawowych i najważniejszych przyczyn tego obrazu chorobowego.

Ze stanowiska klinicznego L. rozróżnia pięć postaci dusznicy bolesnej. Tu należy *angina pectoris cardio-arterialis, cardiaca, reflexogenes, toxica i neurotica*, których tło etjologiczne tłumaczy sama nazwa odnośnej postaci. Przeważna część (4/5) przypadków dusznicy zalicza on do grupy pierwszej, a 1/5 do następnych czterech. Do tych ostatnich należy *angina pectoris*, występująca w przebiegu wad sercowych powstałych na tle reumatycznem lub w toku *tachycardia paroxysmalis essentialis* (grupa II), dalej dusznica bolesna w przebiegu kamicy żółciowej lub newralgji (grupa III), dalej w następstwie zatrucia np. nikotyną (grupa IV) lub wreszcie napady dusznicy o tle czysto nerwowem (funkcjonalnem) dawniej znane pod nazwą dusznicy fałszywej histeryczek (grupa V). W dalszym ciągu pracy zajmuje się autor najwięcej pierwszą grupą dusznicy bolesnej, przedstawiając obraz tej postaci najbardziej wyczerpująco i bardzo jasno. Dłużej zatrzymuje się przytem nad obrazem dusznicy, powstałej na tle zakrzepu tętnicy wieńcowej serca, którą to postać obejmuje nazwą *angina pectoris acuta febrilis („coronarien")*. Rzadsze postacie dusznicy czterech ostatnich grup znajdują jednak także dostateczne uwzględnienie i szerokie omówienie. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie uzupełnia treść tej tak cennej monografji. W pracy Liana znajduje się tyle szczegółów i wskazówek, potrzebnych do rozjaśnienia tego groźnego zbioru objawów klinicznych, że bez niej nie będzie się mógł obejść nikt, kto chce zająć się szczegółowo tym tematem. Piękny styl, jasność przedstawienia sprawy, a nieprzeładowanie kwestjami teoretycznemi oto ogromne zalety, które powinny zachęcić każdego lekarza do przeczytania tego cennego dzieła.

M. Franke (Lwów).

Krótki rys współczesnej organoterapji. Dr. STEFAN KRAMSZTYK. Warszawa 1933. Str. 74.

Dziełko to opatrzone przedmową Doc. Wł. Sterlinga podaje w krótkiej i przystępnej formie naukę o wewnętrznem wydzielaniu. Autor omawia dość ogólnie część fizjologiczną gruczołów dokrewnych oraz badania doświadczalne, nieco więcej miejsca poświęcając klinicznym postaciom i objawom poszczególnych schorzeń hormonalnych. Liczne ryciny zapożyczone ze znanych obszerniejszych dzieł dość dobrze przedstawiają typowe objawy zaburzeń o wewnętrznem wydzielaniu. Przy poszczególnych chorobach lub gruczołach dokrewnych znajdują się wzmianki o korzystnem działaniu wyciągów lub wyosobnionych hormonów. Dziełko to, stanowiące krótkie kompendjum, może być przeczytane z korzyścią przez studentów i lekarzy praktycznych.

Skowroński (Lwów).

Podręcznik medycyny urazowej. (Handbuch der Unfallmedizin). C. KAUFMANN. Ferdinand Enke. Stuttgart. 1932. T. I. wyd. V. Stron 862. Cena RM. 52.

Podręcznik Kaufmanna jest wynikiem pracy całego życia autora, który postawił sobie za zadanie wyodrębnienie medycyny urazowej i wypadkowej jako osobnego działu. Dyscyplina ta daleko przerasta ramy dotychczasowej medycyny sądowej. Podstawą jej jest ustawodawstwo ubezpieczeniowe, z którem poprzednia jest związana tylko pośrednio. Stały rozwój ubezpieczeń, które w poszczególnych państwach oparte są jeszcze na bardzo różnych podstawach prawnych, z drugiej strony postępy medycyny czynią dział ten stale żywym. Z punktu widzenia społecznego, medycyna musi mieć wielki wpływ na ubezpieczenia i stawiać drogowskazy na drodze ich rozwoju. Orzecznictwo wypadkowe przestało być proste i samo przez się zrozumiałe dla każdego lekarza. Ogromny materjał prawny i medyczny wymaga już specjalnych studjów, tem gruntowniejszych im bardziej twórczy udział na tem polu ma przypaść wiedzy lekarskiej.

Omawiane dzieło stanowi pierwszy tom nowego, piątego już wydania, które uwzględnia ostatnie zmiany w ustawodawstwie. Część ogólną opiera autor na prawodawstwie ubezpieczeniowem

publicznem i prywatnem Niemiec, Austrji i Szwajcarji, zyskując szerokę podstawę porównawczą dla swych rozważań. Omawia tu określenie „wypadku“ i jego związek z zawodem; odgraniczenie ubezpieczonego wypadku od choroby, zasady lecznictwa ubezpieczeniowego, rodzaje świadczeń ze strony instytucyj ubezpieczeniowych, zasady orzecznictwa lekarskiego.

Część szczegółowa opisuje olbrzymi materjał uszkodzeń według części ciała; szczególnie drobiazgowo opracowana jest kończyna górna ze względu na swe znaczenie dla pracowników ubezpieczonych. Każdy rozdział stanowi wyczerpującą podstawę dla orzeczenia lekarskiego: omawia szczegółowo mechanizm powstania uszkodzenia, różne jego formy kliniczne i następstwa, czas trwania leczenia i możliwe powikłania; oparty jest na piśmiennictwie lekarskiem i na kazuistyce orzeczeń.

Zapowiedziany II Tom V wydania obejmie schorzenia wywołane wypadkiem i omówienie zejść śmiertelnych w związku z wypadkiem. *K. Czyżewski* (Lwów).

Prądy o wysokiej częstotliwości w ginekologji. (Les courants de haute fréquence en gynecologie. A. LAQUERRIÈRE et D. LÉONARD. Masson. 1927. Str. 136. Cena 18 fr.

Wprowadzone w ostatnich latach nowości w lecznictwie prądami o wysokiej częstotliwości skłoniły autorów do wydania tej małej książeczki, z której można się zapoznać z najbardziej nowoczesnemi sposobami stosowania w ginekologji prądów szybkozmiennych.

Praca poprzedzona jest przedmową d'A r s o n v a l a.

Autorowie przystępują po krótkim wstępie do omówienia rozdziałów o przyrządach i instrumentarjum, o darsonwalizacji w ginekologji, leczeniu schorzeń sromu, cewki, pochwy, szyjki macicy, ostrych spraw zapalnych małej miednicy, schorzeń trzonu macicy i otoczenia, zaburzeń czuciowych brzuszno-miednicowych, spraw chorobowych sutka i innych.

W dziale instrumentarjum polecają używać wzierników z nietłukącego się szkła *(Pyrex),* oraz nowoczesnej rękojeści do trzymania elektrody (Bisserié), która jest tak wykonana, że umożliwia przechodzenie prądu przez ciało operatora, jako też wykluczenie tegoż.

Jeśli chodzi o elektrody zewnętrzne, unika się obecnie mokrych podkładów, które podczas zabiegu wysychają i przyczyniają się do powstania oparzeń; należy natomiast elektrody przykrywać mokrym materjałem; woda z niego dostaje się podczas zabiegu między elektrodę a skórę i zmniejsza opór skóry. W nierównych i trudno dostępnych miejscach należy używać podkładów napojonych nasyconym roztworem soli.

Sprawa pomiarów ciepłoty w diatermji pochwowej zostaje nadal otwarta, ponieważ dotychczasowe elektrody z termometrem nie dają właściwej ciepłoty błony śluzowej pochwy na całej przestrzeni zetknięcia z elektrodą. Praktycznie rozwiązuje się tę sprawę nadal w ten sposób, że stosuje się elektrody nieizolowane na wysokości sromu; stopień odczuwanego ciepła w tej części będzie wskaźnikiem, jakie należy stosować natężenie.

Przechodząc do omówienia leczenia poszczególnych schorzeń, polecają autorowie w świądzie odbytnicowo-sromowym stosować prąd wysokoczęstotliwy w ten sposób, że elektrodę cylindryczną układają podłużnie w jednym fałdzie, na przeciąg kilku minut, następnie w drugim, wreszcie między wargami i ujściu pochwowem; czasem otrzymują dobry wynik przy równoczesnem zastosowaniu ogólnego zabiegu np. na łóżku kondensatorowem. Podobna procedura w wyprysku daje często efektowne wyniki; czasem jednak trzeba równocześnie zastosować jonizację salicylem, naświetlania i t. d.

W czyrakach autorowie proponują jonizację jodem w kilku posiedzeniach lub 1—2 razowe zastosowanie prądu wysokiej częstotliwości. zwykle z bardzo dobrym wynikiem. Nie należy otwierać zropiałych gruczołów Bartoliniego zapomocą punktury diatermją; również nie należy stosować diatermo-koagulacji w przypadkach licznych wybujałości sromu a zastąpić ją chirurgicznem wyskrobaniem.

W przewlekłych schorzeniach błony śluzowej cewki zaznacza się u autorów zwrot z chętnie stosowanej jonizacji cynkiem ku diatermji.

Leczeniu wiewióru poświęcają autorowie duży rozdział; dokładnie omawiają sposób Roncayrol'a celem wykazania, że nie jest on praktyczny, wymaga złożonego materjału, precyzyjnego wykonania, obecności lekarza i t. d.; trzymają się dotychczasowej zasady, że ostry stan zapalny pochwy, macicy, przydatków i otrzewnej nie nadaje się do leczenia diatermją.

Sposób pochwowy leczenia wiewióru uważają autorowie za wystarczający do usunięcia dolegliwości cewki moczowej. W uporczywem zapaleniu cewki radzą przystąpić do diatermji cewkowej, zwiększając stopniowo średnicę elektrody; jeśli rozszerzanie cewki diatermiczne nie daje dodatniego wyniku, należy przystąpić do rozszerzenia elektrolitycznego.

Stany zapalne pochwy pochodzenia niewiewiórowego dają po leczeniu diatermją te same wyniki, co wiewiórowe. Zapalenie szyjki macicy traktują autorowie najchętniej zapomocą elektrod Oudina lub Mc Intyre'a, wprowadzanych do kanału szyjki. Dobrze wykonana koagulacja błony śluzowej szyjki macicy jest zabiegiem bezwzględnie bezpiecznym i nie grozi następowem zwężeniem: zabieg jest niebolesny, nie wymaga wypoczynku, wystarcza zwykle do jego wykonania jednorazowe posiedzenie.

Jeśli chodzi o jałowienie błony śluzowej trzonu macicy, to autorowie unikają diatermji śródmacicznej, natomiast używają do tego celu jonizacji cynkiem; poza tem w przeważającej liczbie przypadków wystarcza diatermja pochwowa.

Książeczka przeznaczona jest dla praktyków; uwagi praktyczne autorów są uzupełnione spostrzeżeniami innych doświadczonych elektroterapeutów (niestety przeważnie francuskich), to też wartość pracy jest znaczna. *Janik* (Iwonicz).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Klinika a meteorologja. G. MOURIQUAND. Pres. Méd. Nr. 74. 1932 r.

Autor zaznacza, że rozwój bakterjologji przyczynił się do zapoznania roli meteorologji w patologji i podkreśla, że już Hippokrates uczył, jak ważne znaczenie posiadają czynniki klimatyczne w powstawaniu różnych chorób. W celu naukowego opracowania meteorologji zastosowanej dla klinik, medycyna winna utrzymywać jak najściślejszy kontakt z meteorologami, a nawet utworzyć stacje meteorologiczne przy klinikach. Taka współpraca może stać się bardzo owocną dla poznania patologji wielu chorób i stanów chorobowych u niektórych osobników. Następnie autor omawia szczegółowo zespół chorobowy, występujący na południu Francji (Lyon) w związku z pojawianiem się „wiatru południowego“, który jest pod wielu względami podobny do wiatru halnego, znanego w Szwajcarji pod nazwą *„Föhn“*. W czasie wiania takiego wiatru południowego u wielu osób występuje ogólne znużenie, wzmożona pobudliwość, bóle reumatyczne, napady dychawicy, katary, krwotoki u gruźlików i t. p., a u dzieci szczególnie osłabionych prawie z reguły zjawia się gorączka, spadek wagi ciała wskutek nagłej utraty wody, a nawet obserwowano śmierć przy braku jakichkolwiek zmian przy sekcji. Omawiając działanie poszczególnych składników takiego wiatru, jak podniesiona ciepłota, nagły spadek ciśnienia i wilgotności powietrza, elektryzacja i jonizacja powietrza, podkreśla, że przy badaniu należy zwrócić uwagę także na kompleks tych wszystkich zmian powietrza, i sądzi, że tylko przez doświadczalne badania razem z meteorologami można będzie dokładnie poznać wpływ różnych czynników atmosferycznych. Drugim zespołem, którym się autor zajmował jest niezdolność niektórych dzieci przystosowania się do „klimatu“ miejskiego. Podczas gdy na wsi dzieci takie przy jednakowem karmieniu i sposobie życia czują się doskonale, to przeniesione w środowiska miejskie nie mogą się zaadaptować, albo też potrzebują dłuższego czasu do przystosowania się do miejskich warunków życia. Częste występowanie katarów, napady dychawicy, nietolerancja na pokarmy spożywane bez szkody w innej miejscowości, to są objawy występujące u takich ludzi, u których autor przypuszcza tło wątrobowe jako przyczynę tej dużej chwiejności na czynniki meteorologiczne. Do meteorologji klinicznej należy też wyjaśnienie zespołu chorobowego zdarzającego się na wiosnę, a więc zależnego od pory roku, który dotyczy głównie dzieci. Nie są to zawsze wpływy słabego nasłonecznienia w czasie zimy, jak to można przypuszczać przy krzywicy, ale przeważnie są to zaburzenia w przemianie mineralnej i w regulacji kwasowo-zasadowej, dające znane obrazy kliniczne tężyczki, spazmofilji, wyprysków na skórze i innych zmian dystroficznych, które trzeba położyć na karb tego kompleksu czynników meteorologicznych, które nazywamy porą roku. *Skowroński* (Lwów).

Słońce a rak. A. H. ROFFO. El Dia Médico. Nr. 23, 1933.

Na 138 przypadków raka skóry było zaledwie 2,2% autochtonów Argentyńczyków, reszta to cudzoziemcy i ich potomstwo. Następnie przeważają mężczyźni, a z tych osobnicy pracujący w miejscach silnie nasłonecznionych. Rak pojawiał się na odkrytych częściach skóry, wystawionych na działanie promieni słońca. Autor odnosi bujanie nowotworowe do zmian komórkowych, będących następstwem uczulenia na światło cholesteryny zawartej w pierwoszczy komórek . *Mester* (Kraków).

Próba porównawcza nad działaniem insuliny i wody karlsbadzkiej. KUČERA. Cas. Lék. Česk. 1932, z. 39.

U psa, po zupełnem usunięciu trzustki, pozostającego na diecie, zawierającej: 147 g białka, 51 g tłuszczu, 80 g węglowodanów i 45 jednostek insuliny Iloglandol „Roche", bez cukru i acetonu w moczu, udało się obniżyć ilość insuliny o 15 jednostek dziennie po podaniu 500 cm³ karlsbadzkiej wody. Po odstawieniu karlsbadzkiej wody przy utrzymaniu tej samej dawki 30 jednostek insuliny wystąpił w moczu zpowrotem cukier i aceton. Po powtórnem podawaniu 500 cm³ wody karlsbadzkiej przy zachowaniu wyżej wspomnianych warunków znikł zpowrotem cukier i aceton.

Ungar (Lwów).

Gruźlica płuc a cukromocz nerkowy. S. TANNHAUZER. Med. Klin. Nr. 43, 1932.

Często stwierdza autor współistnienie cukrzycy i gruźlicy płuc, nie będąc w stanie stwierdzić, które z tych schorzeń jest pierwotnem. Dla wykrycia cukromoczu nerkowego poleca szereg prób: jeśli u osób młodych mimo znacznego ograniczenia węglowodanów w diecie niewielka ilość cukru w moczu stale się utrzymuje, istniejący cukromocz mimo podania dużej ilości węglowodanów nie zwiększa się, wówczas należy przypuszczać istnienie cukromoczu nerkowego. Dalej nieznaczny cukromocz oporny na insulinę, poziom cukru nieprzekraczający 130 mg %, prawidłowy przebieg krzywej obciążenia węglowodanami przemawiają za cukromoczem nerkowym. Na przebieg gruźlicy płuc ten rodzaj cukromoczu nie ma wpływu.

Godłowski (Kraków).

Dieta bezsolna we wrzodzie żołądka i nadkwaśnym nieżycie żołądka. G. KATSCH. Med. Klin. Nr. 43. 1932.

Celem zmniejszenia kwasoty we wrzodzie i nieżycie nadkwaśnym żołądka poza stosowaniem diety obfitej w białko (mleko) lub w węglowodany (cukier), tłuszcze (oliwa, śmietana) poleca autor stosowanie diety z ograniczeniem soli kuchennej do jednego grama dziennie. Twierdzi, że przez niedoprowadzenie soli w pokarmach ustrój ogranicza swoje wydatki chlorowe, chroniąc się przed hipochloremją. Stosując takie leczenie obserwował znaczne łagodzenie dolegliwości, a zwłaszcza bólów w tych schorzeniach.

Godłowski (Kraków).

Badania doświadczalne nad nowym środkiem przeciwcukrzyczym doustnym „anticoman". K. FRÖHLICH. Med. Klin. Nr. 44. 1932 r.

Anticoman nie obniża poziomu cukru we krwi naczczo u zwierząt zdrowych w dawkach stosowanych, zaś przy obciążeniu dekstrozą krzywa cukru we krwi staje się bardziej płaską. U psów z cukrzycą trzustkową działa niewątpliwie silniej niż insulina.

Godłowski (Kraków).

Neuralgja i zapalenie nerwów w cukrzycy. S. RUFF. Med. Klin. Nr. 48. 1932.

Badania na zwierzętach wykazały w przebiegu długotrwałej cukrzycy połączonej z ketonurją, zmiany w obrębie włókienek neuronów ruchowych, dające obraz kliniczny neuralgji lub zapalenia nerwów, prowadzących aż do zmian w odruchach. Ponieważ po ustąpieniu ketonurji zwykle objawy te się cofają, autor przypuszcza, że obecność tych ciał w płynie mózgowo-rdzeniowym jest przyczyną tych schorzeń.

Godłowski (Kraków).

Leczenie wrzodu i nadkwaśnego nieżytu żołądka ograniczeniem chloru w pożywieniu. H. STRAUSS. Med. Klin. Nr. 49. 1932.

Autor dyskutuje z artykułem Katcha. W leczeniu wrzodu i nadkwaśnego kataru żołądka staramy się w diecie wprowadzać takie pokarmy, które same hamują, nie pobudzają do wydzielania lub wiążą kwas solny w soku żołądkowym, albowiem nadmiar tego kwasu utrudnia leczenie się, jeśli już nie powoduje tych schorzeń. Ten sam cel ma leczenie trwałą sondą jelitową. Ograniczenie soli kuchennej w diecie uważa za taki sam przepis dietetyczny, jak ograniczenie środków korzennych czy używek, które mają wybitnie drażnić błonę śluzową żołądka. Nie obserwował natomiast zmniejszenia się wydzielania HCl przy zmniejszeniu NaCl w pokarmach. Za ścisłe ograniczenie soli uważa za niesłuszne, ponieważ ustrój znajduje się wtedy w stanie głodu chlorowego. Jako ilość ograniczoną soli w tych schorzeniach poleca 2 do 2,5 g NaCl dziennie. Jako najpewniejszy sposób zmniejszenia wydzielania nadkwaśnego soku żołądkowego uważa operacyjne usunięcie części odźwiernikowej i części trzonu żołądka.

Godłowski (Kraków).

Znaczenie i możliwości lecznicze czarnej rzodkwi w medycynie wewnętrznej, szczególnie w chorobach wątroby i dróg żółciowych. RUDOLF SCHRADER (Frankfurt n. M.). Ztschr. f. klin. Med. B. 121. 1932.

Opierając się na spostrzeżeniu z medycyny ludowej o dobrem działaniu soku z rzodkwi czarnej w chorobach wątroby, przeprowadził autor badania w 180 przypadkach, podając 3 razy dziennie łyżkę świeżego soku 1/4—1/2 godz. przed jedzeniem lub 3 łyżeczki preparatu (świeży sok — obojętny w proszku) *Nigraphan* (fabr. Fresenius z Frankfurtu n. M.) stwierdził nieznaczne cholekinetyczne, znaczne cholerytyczne i diuretyczne działanie czarnej rzodkwi. Dobre wyniki osiągnął w żółtaczce nieżytowej, kamicy żółciowej, zapaleniu woreczka żółciowego, migrenie na tle dysfunkcji wątroby, w zapaleniu okrężnicy. Czynnikiem działającym są olejki eteryczne — jako takie i przez zawartość siarki. Działania ubocznego szczególnie na nerki — autor nie spostrzegł. Zachęca do dalszych prób i spostrzeżeń.

H. Długosz (Lwów).

Gościec stawowy i gruźlica. A. FISCHER i H. HENNES. Klin. Wschr. Nr. 40, 1932.

Prace Löwensteina i Reittera podniosły sprawę związku etjologicznego między gośćcem a gruźlicą. Bauer na podstawie krytycznego omówienia tego zagadnienia dochodzi do wniosku, że między zapaleniem mnogich stawów zachodzi pewna liczba przypadków z tłem gruźliczem. Zdaniem jego, pewność co do tła gruźliczego daje jedynie wykazanie prątków Kocha w płynie wydobytym ze stawu, a pomocnemi danemi może być wykazanie gruźlicy narządów innych i ogniskowy odczyn tuberkulinowy w zakresie zajętych stawów. Twierdzeniu jednak stosunkowej częstości tła gruźliczego w zapaleniu mnogich stawów autorowie kategorycznie sprzeciwiają się na podstawie setek przypadków podostrego i przewlekłego zapalenia zakaźnego stawów. Punktem wyjścia dla badań zarówno Reittera, jak Poncet'a było spostrzeżenie, że pozornie gośćcowe zapalenie stawów przechodziło w gruźlicę stawów. Takie przypadki, zdaniem autorów, należą do wyjątków. Jest możliwem, że łagodnie przebiegająca prosówka może być wzięta za gościec stawowy, że po uspokojeniu się objawów ogólnych pozostaje gruźlica stawu jako jedyne jej umiejscowienie. Może też być obok gruźlicy gościec stawowy. Autorowie nigdy jednak nie spostrzegali przejścia gośćca stawowego w gruźlicę. Obecność równoczesna gruźlicy w narządach innych wcale nie jest dowodem na gruźlicze zapalenie mnogich stawów, o czem mówi Poncet, podnosząc, że w wywiadach u osobników z gośćcem daje się często wykazać gruźlica narządów. Autorowie niemal w żadnym przypadku nie mogli wykazać czynnego ogniska gruźliczego u osobników z zakaźnem zapaleniem stawów. Reitter wykazywał w 15 przypadkach gośćca stawowego w płynie, otrzymanym z nakłucia stawu, prątki gruźlicy, inni rzadziej i to zapomocą próby antyforminowej. Autorowie nie mogli też żadną miarą potwierdzić wyników badań W. Loewensteina, Strassera i Weissmanna, którzy na 29 przypadków zakaźnego zapalenia stawów 10 razy stwierdzili bakterjemję gruźlicza. Nie otrzymywali też nigdy miejscowego odczynu tuberkulinowego w przypadkach pierwotnego czy następowego zapalenia zakaźnego mnogich stawów. To samo dotyczy odczynu precypitynowego i wiązania dopełniacza. Autorowie powołują się na badania histo-anatomiczne, które wykazują, że zmiany w zapaleniu gośćcowem mnogich stawów mają charakter ściśle swoistej reakcji tkaninowej, nie mającej postaciowo nic wspólnego z gruźlicą. Tak więc ich kontrolne badania co do gruźliczej przyrody zapalenia mnogich stawów, zapatrywania, popieranego przez badaczów obecnością prątków gruźlicy we krwi i płynie stawowym, odczynem tuberkulinowym, precypitynowym i wiązaniem dopełniacza, dały wynik całkowicie ujemny. Ostre i przewlekłe zapalenia mnogich stawów, o ile mają charakter gośćcowy, nie mają etjologji gruźliczej. O ile jednak na pewno wykazano prątki gruźlicy w płynie stawowym i dodatni odczyn tuberkulinowy miejscowy, to chodzi w takim przypadku nie o proces gośćcowy lecz o gruźlicze reumatoidy.

W. Nowicki (Lwów).

Przyrost kamicy narządu moczowego w Niemczech środkowych. KNEISE O. i BEYER G. Zschr. f. Urologie. 27/1.

Autorowie zwracają uwagę na coraz częstsze występowanie kamicy narządu moczowego w ostatnich 10 latach. Kneise podnosił już poprzednio, że jedną z przyczyn jest może nadmierne doprowadzanie do ustroju kwasu szczawiowego, zawartego w pomidorach, których użycie w ostatnich latach wzrosło nieproporcjonalnie. Możliwem też jest, że na coraz częstsze występowanie kamicy narządu moczowego wpływa sztuczne nawożenie gleby, bardzo rozpowszechnione w ostatnich latach. Inni badacze odnoszą kamicę narządu moczowego do schorzeń przewodu pokarmowego, przebiegających z nadkwaśnością (choroba wrzodowa żołądka), zaburzeń nerwowych, tak częstych w latach powojennych, niektórzy do spożywania dużej ilości witamin. W krajach tych, gdzie kamica jest stale chorobą częstą, jak np. w Dalmacji, jedną z przyczyn jest nieracjonalne odżywianie dzieci (Racic). W leczeniu przypadków kamicy, która nie wymaga interwencji operacyj-

nej, ważnym czynnikiem jest podawanie dużej ilości płynów. Przez zwiększenie bowiem stopy moczenia zwiększa się pracę mięśni kielichów, miedniczki nerkowej i moczowodu, co ma wpływać na posuwanie się kamienia naprzód. Lemonjada glicerynowa nie wywiera większego wpływu jak odpowiednia ilość wody. Obok tego wskazane jest z jednej strony podawanie leków przeciwskurczowych (atropiny, papaweryny) z drugiej zaś strony hipofizyny celem pobudzenia ruchu robaczkowego moczowodu. W profilaktyce kamicy narządu moczowego główną rolę gra dieta. Przy kamieniach moczanowych ograniczenie pokarmów zawierających większe ilości kwasu moczowego, podawanie wód alkalicznych, które zmniejszając kwaśność moczu utrudniają wypadanie kwasu moczowego. Wskazanem również jest stosowanie dwuwęglanu sodu, piperazyny, urycydyny. Przy kamieniach fosforanowych polecają autorowie ograniczenie pokarmów, które powodują zasadowość moczu, z leków zaś kwas fosforowy, rozcieńczony kwas solny, salicylowy, chlorek amonu, kurację atropinową według Umbera. Przy kamieniach szczawianowych ograniczenie pokarmów zawierających kwas szczawiowy oraz zakwaszenie moczu a więc naogół dieta jak przy kamieniach fosforanowych. Ponieważ jednak większość kamieni w narządzie moczowym nie jest jednolitą chemicznie, lecz stanowi mieszaninę wszystkich zwykle powyższych grup lub też ten sam chory, który raz wyprodukował kamień moczanowy, może przy leczeniu dążącem do zalkalizowania moczu wytwarzać kamienie fosforanowe, najważniejsze miejsce w leczeniu kamicy narządu moczowego odgrywa tylko podawanie dużej ilości płynów. Przez to bowiem umożliwia się wypłókanie z narządu moczowego soli, które z różnych powodów uległy wytrąceniu.

Lachs (Kraków).

Otolaryngologja.

Wskazania do tonsilektomji u dzieci. CEMACH (Wiedeń). Mschr. f. Ohrhkde u. Rhin.-Lar. z. 12, 1932.

Autor jest zwolennikiem zachowawczego leczenia u dzieci. Przy zwykłym przeroście wystarczy tonsilotomja (według autora w 80%). W przypadkach powracających angin, w 2/3 przypadków wystarczy tonsilotomja. Wreszcie przy chronicznem zapaleniu migdałków, jak długo nie mamy dłuższy czas utrzymujących się podwyższonych temperatur, albo objawów ze strony serca, nerek i stawów — radzi autor zadowolnić się zwykłą tonsilotomją.

Dr. W. Jankowski (Lwów).

Krytyczne uwagi o rentgenoterapji migdałków. K. TSCHIASSNY. Mschr. f. Ohrhkde u. Rhin.-Lar. z. 12, 1932.

Rentgenoterapja migdałków nie jest rzeczą nową, już 20 lat temu (rok 1911) ogłasza Menzel, a później Noger i Regaud przypadki korzystnych wyników po naświetlaniu migdałków. W roku 1921-szym Witherbee ogłasza większą pracę (około 500 przypadków), przyczem w 80% widzi korzystne wyniki po naświetlaniu migdałków, a to zubożenie flory bakteryjnej, znikanie paciorkowców hemolitycznych i wygładzenie nisz. Inni jak Schönfeld i Baumbach, których praca dotyczy dzieci od 3 do 13 lat, osiągnęli w 43% zmniejszenie migdałków po naświetlaniu. Liczba ta jednak wypadnie mniejsza, jeżeli uwzględnimy inwolucję fizjologiczną u dzieci 11 do 13-letnich. Poza tem migdałki naświetlane wykazywały tendencję do nawrotów (około 28%). Jeszcze inni jak Kinböck zapatrują się bardzo optymistycznie, twierdząc, że rentgenoterapja wyruguje z biegiem czasu wszelkie zabiegi chirurgiczne na migdałkach.

Naświetlanie migdałków powoduje według wielu autorów (Witherbee, Schwarz i Amersbach) wysychanie w gardle, co niektórzy odnoszą do uszkodzenia ślinianki przyusznej przy naświetlaniu.

Autor przytacza przypadek dotyczący chłopca lat 10-ciu, u którego stwierdzono w *mesopharynx*, ztyłu poza łukami nagromadzenie tkanki adenoidalnej wielkości fasoli po obu stronach. Naświetlaniami promieniami Roentgena (naświetlano kilkoma serjami przez 8 miesięcy) doprowadził do zupełnego zaniku, a kontrola po 2 latach wypadła zupełnie zadowalniająco.

W drugim przypadku autor wyciął jeden migdałek, a drugi naświetlał (trzykrotnie). W pięć tygodni wyciął drugi migdałek. Migdałki przy pierwszem badaniu były zupełnie równe, obecnie naświetlony okazał się bezsprzecznie większy. Autor odnosi to zwiększenie do rozrostu grudek limfatycznych, które wykazywały tendencję rozrodcza.

Tak więc w dwóch tych przypadkach autor otrzymał dwa różne wyniki. Odnosi to do sposobu naświetlania, jak też uzależnia wynik od czasu, który upłynął od naświetlania do czasu powtórnego badania. *Dr. W. Jankowski* (Lwów).

Przypadek ropnia przegrody nosowej z następowem zapaleniem opon mózgowych i pęknięciem tętniaka tętnicy podstawy mózgu. L. HOFFMANN. Mschr. f. Ohrhkde u. Rhin.-Lar. z. 12, 1932.

Autor ogłasza przypadek ropnia przegrody nosowej u dziewczynki w wieku lat 4, powikłany zapaleniem opon mózgowych z zejściem śmiertelnem. W przypadku tym mimo nacięcia abscesu gorączka utrzymywała się nadal, przyczem po 10 dniach wystąpiły objawy mózgowe, bóle głowy, sztywność karku oraz ptoza górnej powieki oka lewego. W kilka dni potem nagle utrata przytomności, porażenie połowicze (ręka i noga prawa) i zejście śmiertelne.

Sekcja wykazała: otorbiony ropień podstawy mózgu oraz pęknięcie jednej z tętnic podstawy mózgu. W przypadku tym autor wyobraża sobie, że zakażenie przeszło z nosa drogami otoczek nerwu węchowego do przestrzeni podoponowej, wytwarzając tu miejscowe zapalenie opon bez tendencji do rozszerzania się. Wskutek nadżarcia ścian tętniczych wytworzył się tętniak, którego pęknięcie spowodowało zejście śmiertelne.

Podobne komplikacje abscesu przegrody nosowej należą do rzadkości. Wszystkie sprawy ropne w części węchowej jamy nosowej, jako posiadające bezpośrednie połączenie limfatyczne z oponami są niebezpieczne, stąd też wielu autorów (jak Killian, Hajek, Gerberu i inni) przestrzegają przed wszelkiemi manipulacjami w części węchowej jamy nosowej. *Dr. W. Jankowski* (Lwów).

Łączność rhinopathia vasomotoria ze schorzeniami trawiennemi. ADLERSBERG, FORSCHNER. Med. Klin. Nr. 23. 1932.

Rhinopathia vasomotoria nazywamy niezakaźnego pochodzenia katar nosa. Etjologicznie nie jest schorzeniem jednolitem, najczęściej jest pochodzenia alergicznego, a wśród nich można rozróżnić grupy jak: *rh. vas. dyspeptica*, *rh. vas. endocrinica*. Autor przedstawia 36 przypadków *rh. vas.*, w których równocześnie istniały schorzenia w przewodzie pokarmowym w formie *enteritis* czy *colitis chronica*. Dolegliwości ze strony nosa stale ustępowały przy leczeniu się schorzeń trawiennych. Objawów ze strony krwi i płynu tkankowego (eozynofilja) nie stwierdzano. Autor obserwował *rh. vas.* spowodowaną przez *oxyuris vermicularis*. Dalej opisuje związek tego schorzenia z zaburzeniami wewnątrz-wydzielniczemi, a mianowicie u kobiety w okresie przekwitania wystąpiły obj. *rh. vas.* którą zwie *rhinopathia climacterica*.

Godlowski (Kraków).

Medycyna sądowa i psychjatrja.

Zabójstwo i podpalenie. M. RYTEL i M. PIOTROWSKI (Siedlce). Czas. Sąd.-lek. 1933. Nr. 1.

Autorzy przytaczają kazuistyczny przypadek zabójstwa z podpaleniem zainscenizowanego samobójstwem przez powieszenie. Przypadek ten byłby rzeczywiście niezwykły, gdyby sekcja zwłok, względnie przewód sądowy ustalił istotnie zabójstwo.

Dżułyński (Lwów).

Odczyn Manoilowa w zastosowaniu do badań sądowo-lekarskich. JAKÓB SOHN. Czas. Sąd.-lek. 1933. Nr. 1.

Autor przytacza oceny o odczynie Manoilowa, podaje własne spostrzeżenia oparte na licznych doświadczeniach i dochodzi do wniosku, że odczyn ten nie daje pewnych wyników w określaniu płci, nie może przeto znaleźć praktycznego zastosowania w medycynie sądowej, zwłaszcza przy określaniu pochodzenia kości.

Dżułyński (Lwów).

Psychoanaliza na ławie oskarżonych. A. SCHÖNFELD. Psych-Neur. Wschr. 10. 1933.

Obwinienia lekarzy o t. zw. błędy sztuki są obecnie o wiele częstsze niż dawniej. Przyczyny tego są rozmaite. Objęcie warstw szerszych kasowością, kryzys gospodarczy, zniknięcie prawie „lekarza domowego" i t. d., są winny temu, że dawne zaufanie do lekarzy się skończyło i że publiczność krytycznem okiem śledzi nasze czynności. We wszystkich przypadkach oskarżeń chodzi o mniemanie lub rzeczywiste uszczerbki na zdrowiu skarżącego. Z natury rzeczy sprawy te toczą się przeważnie w dziedzinie chirurgji i lecznictwa fizykalnego. Unikat przedstawia przypadek, podany przez autora, w którym chodziło o stwierdzenie, że metoda psychoterapeutyczna, a mianowicie psychoanaliza, przyniosła szkodę skarżącemu. Sąd (czechosłowacki) skargę oddalił i orzekł na podstawie opinji znawców, że metoda stosowana nie mogła zaszkodzić zdrowiu w tym szczególnym przypadku.

Ważnem jest nietylko, że lekarz został uniewinniony, lecz również, że sąd wydał orzeczenie w sprawie lekarskiej, którą sama medycyna nie zdążyła jeszcze rozstrzygnąć, że orzekł o metodzie,

której działanie, — ewentualnie szkodliwe, — jest jeszcze ciągle przedmiotem dyskusji.

Fakt oskarżenia psychoanalizy niech przypomni psychoterapeutom, że ich metody niemniej są narażone na skargi o błąd sztuki lekarskiej, niż zabiegi w innych specjalnościach.

Obständer (Bielsko).

Orzecznictwo w schorzeniach chirurgicznych. LUDWIK ZEMBRZUSKI. Czas. Sąd.-lek. 1933, Nr. 1.

Rozważania na temat orzecznictwa schorzeń chirurgicznych poświęca autor lekarzom praktykom (nie specjalistom), powoływanym niejednokrotnie do wydawania opinji w cierpieniach chirurgicznych. Część I-sza obejmuje ogólną metodykę badania chirurgicznego, sposób mierzenia długości kończyn, objętości narządów, określanie stopnia przykurczenia stawów, wkońcu uwagi na temat odpowiedniego opisania wyników badania i wydania właściwego orzeczenia. W części II-giej (szczegółowej), omawia autor, w ogólnych zarysach, pewne działy schorzeń chirurgicznych, z któremi najczęściej może się zetknąć lekarz praktyk przy wydawaniu opinji, a mianowicie: t. zw. gruźlicę urazową, zniekształcające zapalenia stawów, nawykowe zwichnięcia, nowotwory złośliwe, schorzenia chirurgiczne głowy, szyi, kręgosłupa i brzucha, wkońcu omawia żylaki kończyn i wrzody goleni.

Dżułyński (Lwów).

O leczeniu schizofrenji malarją. ST.. ŚWIERCZEK. Nowiny Psych. IX. 1—2.

W części pierwszej swego referatu autor podaje bibljografię w sprawie leczenia gorączkowego schizofrenji i opisuje rozwój tego lecznictwa, poddając poszczególne metody krytyce. Podkreślając trudności rozpoznawcze w przypadkach początkowych, zwraca równocześnie uwagę na pewną liczbę obserwacyj niedostatecznych. Druga część poświęcona jest opisowi wyników osiągniętych w Dziekance. Przeprowadzono leczenie malarją u 40 kobiet i 18 mężczyzn, przeważnie młodych, o dobrym stanie somatycznym. Rezultat ostateczny przedstawia się następująco: remisje — 0, poprawy — 10%, bez zmian — 87,79%, pogorszenie — 1,73%. *Obständer* (Bielsko).

Kilka uwag o zastosowaniu Gardenalu, Gardenal-natrium i Somnifenu w leczeniu epilepsji. GORZKOWSKI. Nowiny Psych. IX. 1—2.

Gardenal i Gardenal-natrium są preparatami krajowemi, mogącemi według wyników autora zupełnie zastąpić znane niemieckie *luminal* i *luminal-natrium*. Substancją działającą w jednym i drugim preparacie jest fenylo-etylo-malonylomocznik. Autor opisuje działanie uboczne gardenalu (w leczeniu epilepsji), mianowicie jego własności nasenne, o ile środek jest podawany w dawkach powyżej 0.2 g na dobę. U wrażliwych pacjentów już 0.1 wywołuje senność. *Gardenal-natrium*, które jest solą sodową gardenalu, podobno nie ma takiego działania ubocznego, lub posiada je w stopniu mniejszym. Ujemną jego stroną jest, że stosuje się w roztworze do zastrzyków podskórnych lub dożylnych, a nie doustnie, jak gardenal. Nadaje się wobec tego więcej do lecznictwa w szpitalach. Somnifen, znany środek nasenny f-my Roche, jest skutecznym w przerwaniu stanów padaczkowych *(status epilepticus)*. Radza jednak stosować go domięśniowo, aby uniknąć trombozy. Dwa przypadki stanu padaczkowego ze zejściem śmiertelnem, w których autor podawał somnifen dożylnie, skończyły się niepomyślnie, (zdaniem ref.) raczej z powodu znacznej niedomogi serca, niż trombozy. Zresztą brak wyników autopsji.

Obständer (Bielsko).

Spostrzeżenia nad wpływem audycyj radjowych na chorych psychicznie. SZEJKOWSKA. Nowiny Psych. IX. 1—2.

Z pośród licznych i różnorodnych rozrywek dostarczonych chorym w zakł. Dziekance, najszersze zainteresowanie wzbudzały koncerty orkiestry zakładowej. Skłoniło to dyrekcję do zainstalowania głośników radjowych w poszczególnych pawilonach. Obserwacje wykazały, że nie można było stwierdzić odrębnego wpływu radja na poszczególne jednostki chorobowe. Chorzy niespokojni i podnieceni pod wpływem muzyki zachowywali się jeszcze głośniej i więcej hałaśliwie, krzykiem swym i rzucaniem przedmiotów na głośnik wzburzyli innych, spokojniejszych pacjentów. Odgrywały zresztą ważną rolę w tem czynniki już dawno znane, jak warunki atmosferyczne i t. d. Chorzy przygnębieni również muzyki nie znoszą. Wolą spokój i tylko niektórzy przyzwyczaili się do melodyj spokojnych i pieśni. Najbardziej interesują się radjem chorzy nieotępiali. Co do rodzaju audycyj, to pacjentki (obserwacje zbierano na oddziałach kobiecych), proszą o muzykę lekką, taneczną. Nie zauważono nowych halucynacyj ani urojeń w związku z zainstalowaniem radja. *Obständer* (Bielsko).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół posiedzenia Sekcji do walki z gruźlicą Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 22 listopada 1932 r.

Przewodniczący: Dr. J. Adamski, Dyr. Dep. Sł. Zdrowia.

Przewodniczący, zagajając zebranie, zaznacza, iż zadaniem posiedzenia jest ustalenie warunków, w jakich pomoc lecznicza może być udzielana w przychodniach.

Prof. Dr. Gluziński zabiera głos co do zadań przychodni; mówca jest zdania, że w przychodniach winna być stosowana odma piersiowa, lecz przez wykwalifikowanych lekarzy; przychodnie należy oprzeć o towarzystwa społeczne; przychodnie nie mogą leczyć bez odpowiednich środków dla rozpoznawania i kontroli.

Dr. Grodecki zaznacza, że na prowincji walka z gruźlicą jest rzeczą trudniejszą do przeprowadzenia, niż w większych miastach; jeżeli zaś chodzi o lecznictwo, to 45% poradni nie zasługuje na to miano, gdyż są to ambulatorja; w związku z tem należałoby poradnie przesegregować i gorsze przychodnie o charakterze wyłącznie leczniczym pozamykać.

Dr. Rudzki znajduje, że płatne udzielanie porad w przychodniach przeciwgruźliczych jest ze szkodą dla ubogiego pacjenta.

Prof. Dr. T. Janiszewski wypowiada się przeciwko twierdzeniu, że zadaniem poradni nie jest leczenie; w poradniach winno być i leczenie. Co do świadczeń (w postaci materjalnej) mówca przestrzega przed świadczeniami, dawanemi przez przychodnie; świadczenia winny należeć do zadań Towarzystw, a nie poradni. Przedewszystkiem zaś należy dążyć do wydania ustawy przeciwgruźliczej.

Dr. Misiewiczówna zaznacza, że lecznictwa w poradniach nie da się uniknąć, z punktu widzenia społecznego lecznictwo i profilaktyka są potrzebne, należałoby utworzyć 2 typy poradni: poradnie niezajmujące się leczeniem i poradnie, zajmujące się leczeniem.

Dr. Chodźko przemawia za określeniem pojęcia przychodni przeciwgruźliczej; pojęcie to zostało określone co do przychodni przeciwwenerycznych i przeciwjaglicznych.

Mówca zaznacza, że Liga Narodów wypowiedziała się za lecznictwem w przychodniach.

Prof. Dr. Janiszewski zgadza się z klinicystami, że warunki przychodni można poprawić, ale nie można tworzyć specjalnych poradni z wyłączeniem lecznictwa, w związku z czem należy żądać, by na czele poradni stał doświadczony ftizjolog.

Dr. Skokowska-Rudolfowa zaznacza, że dążeniem winno być leczenie w szpitalach, jednakże należy się zgodzić na kompromisy; takim kompromisem będzie tworzenie stacyj odmowych. Należy tworzyć stacje obserwacyjne przy przychodniach przeciwgruźliczych.

Prof. Orłowski zaznacza, że byłoby błędnem zamykanie gorszych poradni, gdyż są przypadki, gdy się rozpoznaje gruźlicę bez mikroskopu; w poradniach wyższego typu może nawet istnieć leczenie i nie trzeba zapominać o innych świadczeniach, jak dożywianie i weraudowanie; odma zaś może być zakładana lub dopełniania tylko w poradniach wyższego typu; opłata zaś winna być minimalna i poradnie winny obsługiwać tylko niezamożną ludność, gdyż inaczej to prowadzi do pauperyzacji lekarzy. Konkretyzując swe przemówienie, mówca stawia wniosek: należy wydać ustawę przeciwgruźliczą, określającą wzajemny stosunek wszystkich czynników, które biorą udział w walce z gruźlicą, jako ze złem społecznem.

Dr. Misiewiczówna zaznacza, że stacje odmowe winny tylko dopełniać, pierwotne założenie odmy powinno być stosowane w zamkniętych zakładach.

Dr. Ostromęcki zaznacza, że nie należy zamykać przychodni nawet o typie wyłącznie leczniczym, ponieważ w kraju niema dostatecznej pomocy lekarskiej. Poza tem mówca zaznacza, że w przychodniach społecznych bezpłatna pomoc jest rzeczą konieczną.

Na zakończenie posiedzenia przyjęto w całości wnioski:

A) Dr. Marji Skokowskiej-Rudolfowej.

1. Pomoc lecznicza istnieje we wszystkich przychodniach przeciwgruźliczych, co wynika z „zapotrzebowania“ ze strony ludności.

2. Coraz bardziej rozwija się leczenie uciskowe odmą, wydaje się przytem, że wybitnie zwiększa się liczba dopełnień odmy, znacznie mniej stosunkowo liczba odm, zakładanych po raz pierwszy. Możnaby w tem dostrzec racjonalny kierunek dokonywania 1. zabiegu na oddziale szpitalnym, następnych — w przychodni, albo lepszej kontroli i dłuższego pozostawania w leczeniu przy-

chodni chorego z założoną odmą sztuczną, a więc np. wysoka cyfra dopełnień w r. 1931 obejmuje prawdopodobnie znaczną część przypadków z lat poprzednich, a także przypadki świeże.

3. Niema w przychodniach eksperymentowania w lecznictwie, co tylko na dobro przychodni zapisać można.

4. Dość bezkrytycznie prawdopodobnie stosuje się naświetlania i tu byłoby pożyteczne wydanie krótkiej instrukcji, obejmującej wskazania i technikę naświetlań.

B) Prof. Dr. Witolda Orłowskiego.

1. Prawidłowa organizacja walki z gruźlicą powinna wciągnąć do współpracy pod względem leczniczym Kasy Chorych i odpowiednie instytucje społeczne.

2. Poradnie przeciwgruźlicze, jako instytucje społeczne, mają obowiązek leczenia w zakresie swoich możliwości chorych na gruźlicę, nieobjętych opieką Kas Chorych i podobnych im instytucyj, o ile chorzy ci należą do warstwy niezamożnej.

3. Chorzy na gruźlicę, pozostający w leczeniu Kas Chorych, lekarzy szkolnych i t. d., powinni być zgłaszani w poradni przeciwgruźliczej swojego rejonu i mogą być w niej leczeni ambulatoryjnie, nim odpowiednie instytucje nie rozbudują lecznictwa we własnym zakresie.

4. Chorzy na gruźlicę, leczący się u lekarzy wolnopraktykujących, powinni być również zgłaszani w poradni dla umożliwienia poradni roztoczenia opieki nad otoczeniem chorego, poradnia jednak nie powinna brać na siebie leczenia tych chorych.

5. Leczenia zapomocą środków farmaceutycznych w poradniach przeciwgruźliczych nie da się pominąć, ono powinno być jednak ograniczone do ram bardzo wąskich na korzyść leczenia metodami terapji fizykalnej (werandowanie, dożywianie, kwarcówki i t. d.).

6. Leczenie gruźlicy płuc odmą sztuczną może być prowadzone tylko w poradniach, posiadających Roentgena, prowadzonych przez doświadczonych ftizjologów, mających ścisły kontakt z zakładem leczniczym, szpitalnym, sanatoryjnym i t. d.

7. Inne metody leczenia chirurgicznego gruźlicy nie powinny być uprawiane w poradniach przeciwgruźliczych.

Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie z IV. Posiedzenia naukowego z dnia 17 lutego 1933 r.

Przewodniczy: Kol. J. Lenartowicz.

1. Prezes odczytuje list, w którym Dr. Szumlański dziękuje za zamianowanie go członkiem honorowym T-wa.

2. Kol. Musiał, czł. Tow. omówił *ciekawsze przypadki z Oddziału Ocznego Państw. Szpit.* z ostatniego roku i tak:

a) *Przypadek mięsaka* u 27-letniego mężczyzny, załamka powieki górnej i chrząstki powiekowej. *(perithelioma).*

b) *Przypadek wytrzeszczu gałki ocznej* dużego stopnia w następstwie guza pozagałkowego. Operacja wykonana w znieczuleniu miejscowem wykazała w oczodole guz wielkości śliwki, otorbiony, gładki, przyczepiony szypułą do szczytu oczodołu. Po odcięciu szypuły wystąpił gwałtowny krwotok do jamy oczodołu. Badanie histologiczne wykazało *hemangioma cavernosum* (nakłucie przed operacją dało wyniki ujemny).

c) *Przypadek guza* dużych rozmiarów powieki górnej u kobiety 56-letniej. Guz ograniczony do spojówki i chrząstki sięgał do brzegu oczodołu dolnego, wypełniając szparę międzypowiekową tak, że gałki ocznej stwierdzić nie można było. Badanie usuniętego guza wykazało zmiany zwyrodnienia szklistego z przewagą skrobiawicy. Po usunięciu guza rogówka częściowo zbliznowaciała i unaczyniona. Następnie prelegent omówił sposób jak i częstość występowania tychże zmian.

d) *Pokaz fotografij* z guzowatemi zmianami na powiekach przy białaczce.

Przypadki powyższe ilustrowane fotogr. i przeźroczami drobnowidowych badań.

e) Wreszcie prelegent omówił przypadki *nowotworów śródgałkowych*, przedstawiając preparaty anatomiczne usuniętych gałek ocznych, nowotworowo zmienionych.

3. Kol. St. Teppa, czł. Tow. przedstawił z kliniki neurologicznej *3 przypadki ślepoty tabetycznej* oraz *jeden przypadek wiądu rdzenia bez objawów ocznych.* We wszystkich czterech przypadkach albo w wywiadach dawniej, albo jeszcze obecnie chorzy skarżą się na bóle głowy. Najciekawszym jest przypadek 1., dotyczący kobiety 33-letniej, u której w zimie 1931/32 wystąpiły napadowe silne bóle głowy z nudnościami i wymiotami o charakterze migrenicznym. W wywiadach brak kiły. W związku z pogorszeniem wzroku w jesieni 1932 objawy migreny ustąpiły, czyli że bóle głowy były pierwszym zwiastunem wiądu rdzenia. Klinicznie: Zanik pierwotny tarcz nerwów wzrokowych, źrenice luetyczne, wysepki hipalgetyczne koło sutków. W płynie mózgowordzeniowym pleocytoza, a po prowokacji odczyn Wassermanna we krwi i płynie dodatni (++++). Drugi i trzeci przypadek dotyczy chorych, dotkniętych ślepotą tabetyczną, u których skargi na bóle głowy nie mają cech migreny. W przypadku 2. bóle głowy wystąpiły równocześnie z pogorszeniem wzroku, a ostatnio w miarę dalszego postępu choroby ustępują. W przypadku trzecim chory odczuwał bóle głowy na kilkanaście lat przed obecną chorobą dwukrotnie przez dwa tygodnie, obecnie od czasu postępowania objawów ocznych bóle choremu dokuczają, są silniejsze niż dawniej i stałe. W czwartym przypadku obraz wiądu rdzenia bez objawów ocznych. Od dzieciństwa migrena, która się wzmogła w miarę wystąpienia obecnej choroby i bardzo silnie chorej dokucza. W tym przypadku trzeba myśleć o kombinacji wiądu rdzenia z migreną idjopatyczną, która wzmogła się w miarę rozwoju wiądu.

Wkońcu omówił Kol. Teppa piśmiennictwo, dotyczące stosunku wiądu rdzenia do migreny.

4. Kol. Jaburek, czł. Tow. pokazał *wziernik oczny wedle Prof. Thornera.*

W dyskusji: Kol. Reis zaznacza, że wziernik ten nie jest niczem nowem — został on skonstruowany jeszcze w r. 1906 przez Thornera i jest on dobry dla tych, którzy nie umieją badać.

Kol. Halban podnosi, że wziernik ten szczególnie dla neurologa przedstawia wielką wartość a to z tego względu, że mając do czynienia z chorymi nieprzytomnymi, którym trudno jest tłumaczyć, dokąd mają wzrok kierować — wprost bez współdziałania chorego oglądamy dno oka.

5. Kol. Liebhart, człon. Tow. wygłosił: *Trombopenja a krwawienia z macicy.* Na wstępie podkreśla, że jedną z najmniej uwzględnianych i najrzadziej rozpoznawanych przyczyn krwawienia jest grupa skaz krwotocznych, ściślej mówiąc trombopenja. Klinika Lwowska zajmując się od szeregu lat leczeniem krwawień macicznych najrozmaitszego pochodzenia rozporządza już obecnie dużym materjałem kazuistycznym, wchodzącym w zakres tego zagadnienia. Prelegent przedstawia z szeregu leczonych w klinice przypadków, najbardziej charakterystyczny i typowy przypadek krwawienia macicznego na tle trombopenji. Leczenie tych krwawień dzieli mówca na dwa etapy, na dwie fazy. Pierwsza faza, którą nazywa fazą leczenia doraźnego, ma na celu zatamowanie za wszelką cenę samych krwawień, których przeciąganie się jest połączone zarazem z niebezpieczeństwem życia. Do tej fazy zalicza podawanie wapnia i żelatyny obok innych środków hamujących krwawienia, nadto naświetlanie śledziony i watroby. W ciężkich przypadkach maksymalnego wykrwawienia przetaczanie krwi jest ostatecznym ratunkiem. Pod drugą fazą rozumie właściwe leczenie trombopenji a raczej usiłowanie leczenia t. j. wpływanie na prawidłowe wytwarzanie się płytek. Do nich należy naświetlanie kręgosłupa i kości długich, nadto podawanie preparatów zawierających płytki. Naświetlanie śledziony a nawet wątroby może być też zaliczone do fazy drugiej a to w przypadkach trombopenji cytolitycznej. Rozpatrując trombopenję i wynikłe z niej krwawienia z ogólnego punktu widzenia, należy podkreślić, że nie jest ona schorzeniem dziedzicznem, jest natomiast zasadniczo schorzeniem przewlekłem. Co się tyczy krwawień juwenilnych, które Halban określa nazwą *menorrhagia trombopenica*, to te mają lepszą prognozę i niejednokrotnie charakter przejściowy.

W dyskusji: Kol. Seidler: Pierwszy przypadek trombopenji samoistnej miał sposobność spostrzegać na klinice poł.-gin. w 1924 roku i opisał go w swej pracy „Przyczyny i leczenie krwawień macicznych“ (Pol. Gaz. Lek. 1925 r.). Drugi był przedstawiony w ubiegłym roku na Posiedzeniu Tow. Ginek. lwow. z oddziału Ginekolog. Kasy Chorych prowadzonego przez mówcę, przez Kol. Krettera.

Miałbym zastrzeżenie co do nomenklatury wprowadzonej przez Halbana, określającej krwawienie z macicy na tle trombopenji, jako *„menorrhagia trombopenica“*, — raczej mamy tu do czynienia z *metrorrhagia*, z tego rodzaju krwawieniem mieliśmy również do czynienia w przypadku przedstawionym przez Kol. Liebharta. Na uzasadnienie swego twierdzenia podaje mechanizm i charakter krwawień miesiączkowych, zachowujących zawsze swój cykl, nawet w razie zmienionego tempa menstruacyjnego i nasilenia. W przypadkach zaś trombopenji raczej mamy do czynienia z krwawieniem *„per diapedesin“*, w następstwie zmian naczyniowych.

Co się zaś tyczy leczenia, to dominujące dawniej postępowanie lecznicze w trombopenji samoistnej — a mianowicie wycięcie śledziony, w dobie obecnej stosuje się w ostateczności, o ile uprzednia transfuzja krwi, względnie naświetlanie śledziony promieniami Roentgena silną dawką, nie dało wyniku. A już bezwzględnie

w ostrej trombopenji wszyscy autorowie nie radzą wycięcia śledziony z powodu wysokiej śmiertelności (Kerlin na 8 przypadków wycięcia — 7 zmarło, Engel na 4 przypadki — 3 zmarły).

Według Stophana źródła tego cierpienia nie należy jedynie szukać w śledzionie. Rzeczą charakterystyczną, że nawet po transfuzji nie można było wykazać trombocytów we krwi chorej.

Kol. M ą c z e w s k i, czł. Tow.: Rozpoznanie *trombopenia essentialis* nie jest łatwe. Rozstrzyga badanie krwi na płytki i obecność t. zw. płytek olbrzymich.

Obraz kliniczny jest podobny do wielu schorzeń aparatu naczyniowego i krwiotwórczego. Niektórzy autorowie nazywają to schorzenie *pseudohaemofilia*, w ten sposób podkreślając ciężkość sprawy chorobowej. Podczas tego schorzenia spotykamy zazwyczaj obrzęk śledziony i wzmożoną ilość hemoblastów.

Leczenie, jakie w przypadku demonstrowanym zastosowano, okazało się skuteczne. Rokowanie w tem schorzeniu jak wiadomo niekorzystne.

Kol. W ę g r z y n o w s k i: proponuje podawanie w tych przypadkach *sirupus haemopoeticus* wyrabiany przez „Serovac". Jest on o tyle korzystny, że stosuje się go *per os* a nie w postaci zastrzyków, co przy trombopenji nie jest wskazanem.

Kol. L i e b h a r t w odpowiedzi Kol. S e i d l e r o w i zaznacza, że istotnie możnaby w tym wypadku kwestjonować mianowanie krwawienia z macicy miesiączkowaniem, gdyby nie cały szereg cech pojawiającej się dojrzałości płciowej pod postacią typowego owłosienia, zachowanie sie sutków i t. d. Przypadki, w których nie znajdowano płytek Bizzozera nawet zaraz po przetaczaniu krwi, zalicza mówca do trombopenji typu cytolitycznego.

S p r a w o z d a n i e z V. P o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 24 lutego 1933 r.

Przewodniczy: Kol. D o l i ń s k i.

1. Kol. G r a b o w s k i, czł. Tow. omawia *obraz radjologiczny raka pierwotnego płuc,* podkreślając, iż niema obrazów patognomicznych, jednak na podstawie zespołu komplikacyj lub szczegółów obserwowanych w obrazie rentgenowskim można w większości przypadków oprzeć rozpoznanie na badaniu radjologicznem. Przedstawiając poszczególne formy raka pierwotnego płuc opiera się na podziale podanym przez Lenka. Szereg przeźroczy ilustruje obrazy radjologiczne rozmaitych form raka płuc i charakterystycznych jego komplikacyj.

W dyskusji: Kol. N o w i c k i, czł. Tow. miał już sposobność w jednym na powyższy temat wykładzie podkreślić, że ostatnio zauważa się wzrost przypadków pierwotnego raka płuc. Najczęściej usadowienie bywa wnękowe i daje duże trudności rozpoznawcze w rentgenogramie. Procesy rozpadowe bywają rzadko — prawie ich się nie spotyka. Naogół rozpoznaje się je dobrze; rozpoznanie brzmi: *Ca* lub *Tbc.*

Kol. M e i s e l s, czł. Tow. uważa, że podejrzane przypadki należałoby częściej obserwować, aby wcześniej ustalić rozpoznanie, gdyż naogół rozpoznaje się sprawę późno. Wspomina również o oporności raka płuc na naświetlanie promieniami Roentgena.

2. Kol. W ę c k o w s k i (gość) wygłosił: *Statystyka schorzeń raka za r. 1931 na obszarze całej Rzpltej.*

Statystyka obejmuje zestawienia, dotyczące chorych na raka i inne nowotwory złośliwe oparte na danych, przesłanych Polskiemu Instytutowi Przeciwrakowemu przez 420 Szpitali, Klinik i innych Zakładów leczniczych z obszaru całej Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1931. Pod tym względem jest ona dalszym ciągiem jako też szerszem rozprowadzeniem publikacji, która ukazała się w Pol. Gaz. Lek. Nr. 51. rok 1931, pod tytułem: Statystyka raka i nowotworów złośliwych na terenie Małopolski za rok 1930. Dalszym ciągiem jest dlatego, że chociaż tamta publikacja obejmuje statystykę chorych za rok 1930 a niniejsza za rok 1931, to opracowanie obu statystyk oparte jest na samych podstawach, co umożliwia porównywanie jednej statystyki z drugą i stwarza tem samem między niemi łączność, natomiast szerszem rozprowadzeniem jest przedewszystkiem w tem zrozumieniu, że, o ile tamta publikacja zawiera statystykę chorych w ilości 1697 przypadków z terenu samej tylko Małopolski, to niniejsza praca obejmuje chorych już w liczbie daleko większej, bo 5136 przypadków, a poza tem, że przystąpiono do dalszych zestawień chorych według wytycznych, których nie stosowano jeszcze w statystyce za rok 1930.

Wnioski, jakie ze zestawień powyższej statystyki można wyciągnąć, są następujące:

Na terenie Rzeczypospolitej Polskiej rak i inne nowotwory złośliwe zachodzą w najrozmaitszych narządach organizmu ludzkiego.

Częstotliwość ich w narządach nie jest równomierna. Najczęstszem siedliskiem sprawy nowotworowej jest tylko mała ilość, szczególnie narażonych narządów a mianowicie: żołądek, macica, sutek i warga dolna. W porównaniu z temi czterema narządami, szczególnie często zajętemi, reszta narządów bywa wyjściem sprawy nowotworowej tylko rzadko.

Jest osobliwością tych wymienionych 4 narządów, że każdy z nich jest charakterystyczny dla jednej z 4 wielkich grup, na które podzielono ogół chorych na raka i inne nowotwory złośliwe. Szczególnie zagrożnemi narządami są mianowicie:

u chrześcijan mężczyzn — żołądek i warga dolna,
u żydów mężczyzn — żołądek (natomiast warga dolna bywa u nich tylko bardzo rzadko wyjściem sprawy nowotworowej),
u chrześcijanek — macica,
u żydówek — sutek.

Dzieląc ludność zamieszkującą obszar Rzeczypospolitej Polskiej na 4 główne grupy t. j. chrześcijan, chrześcijanki, żydów i żydówki, stwierdzić należy, że przedstawiciele powyższych poszczególnych grup zapadają na raka i inne nowotwory złośliwe *nierównomiernie, jednakże w sposób charakterystyczny dla danej grupy.* A mianowicie:

1) kobiety — (zarówno chrześcijanki jak i żydówki) zaczynają zapadać gwałtownie na sprawy nowotworowe od 36-go roku życia t. j. o dziesięć lat *wcześniej od mężczyzn;*

2) mężczyźni — (zarówno chrześcijanie jak i żydzi) zaczynają zapadać gwałtownie na sprawy nowotworowe od 46-go roku życia t. j. o dziesięć lat *później od kobiet;*

3) chrześcijanie (mężczyźni) — zapadają szczególnie na raka żołądka i wargi dolnej;

4) żydzi (mężczyźni) — zapadają szczególnie na raka żołądka (rak wargi dolnej jest u nich rzadkością);

5) chrześcijanki — zapadają szczególnie na raka macicy;

6) żydówki — zapadają szczególnie na raka sutka.

Powyżej wymienione zjawiska wykazują dużą prawidłowość.

Sekretarz doroczny: *T. Chorążak.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 21-go czerwca 1932 r.

1. Kol. D e k a ń s k i J. omówił „Patogenezę i klinikę zatruć fosgenem".

W etjologji zatruć fosgenem uwzględnia: 1) zatrucia bojowe, 2) przemysłowe i 3) zatrucia laboratoryjne względnie przypadkowe. W warunkach pokojowych zdarzają się przypadki zatruć przemysłowych w związku z produkcją niektórych barwików np. fioletu krystalicznego, *victoriablau* i t. p. Rzadkie, poszczególne przypadki zatruć laboratoryjnych i innych stoją w związku z lekceważeniem przepisów laboratoryjnych, z narkozami chloroformowemi, (pary chloroformu w obecności pozostawionego płomieniu gazu ulegają spalaniu i wydzielają gazy spalinowe, zawierające fosgen), ze spalaniem t. zw. świec Bergera i użyciem niektórych aparatów gaśnicowych w zamkniętych pomieszczeniach. Wreszcie nieszczęśliwe, masowe przypadki zatruć w rodzaju Hamburga.

Ponieważ zatrucia bardzo dużemi stężeniami fosgenu zdarzają sie rzadko i zwykle kończą się gwałtownem zejściem, prelegent sprowadza zagadnienie patogenezy zatruć fosgenowych do zwykłych, bojowych stężeń i do miejscowych uszkodzeń układu oddechowo-krążeniowego.

Bezpośrednio toksyczne działanie fosgenu i produktów jego hydrolizy na układ oddechowo-krążeniowy umiejscawia się głównie w dolnym odcinku dróg oddechowych i ogarnia w pierwszym rzędzie pęcherzyki płucne. Na działanie to, w świetle danych doświadczalnych, anatomopatologicznych i klinicznych, składają się głównie:

1) Podrażnienie dostępnych błon śluzowych i spojówek.
2) Szczególne zmiany w tkance płucnej.
3) Wtórne zmiany w składzie krwi i w układzie krążenia.
4) Anoksemja, jako wyraz zaburzeń w wymianie gazowej.

Istotne skutki chemicznego działania fosgenu występują po upływie pewnego okresu inkubacji. Zdolność rozpuszczania się fosgenu w lipoidach wewnątrzkomórkowych ułatwia głębokie wnikanie gazu do błon śluzowych i ścian pęcherzykowych płucnych, a szczególnie do nabłonków oddechowych pęcherzyków płucnych i śródbłonków naczyniowych. Z tego powodu rozkład fosgenu odbywa się nietylko na powierzchni dolnego odcinka płuc, ale również w głębi tkanek.

Ponieważ chlorowodór posiada znacznie silniejsze działanie miejscowe, aniżeli nierozłożona cząsteczka fosgenu, zachowana jest przerwa niekiedy bezobjawowa, kilku lub kilkunastogodzinna, pomiędzy pierwotnemi, natychmiastowemi objawami podrażnienia (1), o charakterze raczej odruchowo-bólowym, a wystąpieniem ciężkich objawów uszkodzenia tkanki płucnej. Słowem faza

odruchowa wyprzedza w tych przypadkach fazę szczególnych zmian w tkance płucnej (2) w postaci ostrego, toksycznego obrzęku płuc i jego skutków.

Obrzęk płuc związany jest ściśle ze zmianami w składzie krwi i w układzie krążenia, szczególnie w sercu, przyczem punktem wyjścia tych uszkodzeń są zjawiska zachodzące w płucach, głównie zmiany w rozdziale płynów ustrojowych pomiędzy poszczególnemi narządami. Około 1/3 do 1/2 zawartości osocza krwi, do 3 l., opuszcza układ krążenia i przenika do płuc, których waga wzrasta wówczas 3—5 krotnie do 3.000 g. Ucieczka tak znacznej ilości osocza prowadzi do znacznych zmian we krwi i zaburzeń w krążeniu, a mianowicie do zgęszczenia krwi, zwiększenia jej lepkości i krzepliwości.

Wszystkie wymienione czynniki odbijają się wybitnie szkodliwie na sprawności i wydolności serca, narażonego pozatem na wzrastające opory w krążeniu płucnem i niedożywienie wskutek postępującej anoksemji. Serce ulega rozszerzeniu, tempo krwiobiegu zmniejsza się. Dołącza się do tego znaczny spadek ciśnienia krwi i ustrój wpada w stan zbliżony do zamierania.

Fosgen nie wywiera bezpośredniego wpływu na inne narządy. Uszkodzenia ich związane są z niedotlennością i ze zmianami o charakterze zastoinowym. Posiadają one drugorzędne znaczenie.

Jako ostateczny wyraz zmian w układzie oddechowo-krążeniowym wysuwa się na plan pierwszy anoksemja (4), prowadząca do zaniku wszelkich funkcyj życiowych.

Objawy ostrych zatruć mogą być zmienne i złożone w zależności od koncentracji fosgenu w powietrzu i czasu działania, a przedewszystkiem niezawsze muszą przebiegać w pewnej kolejności. Istnienie okresu utajonego tłumaczy częste omyłki rozpoznawcze. Pierwszą fazę typowych postaci klinicznych cechują objawy odruchowo-bólowe, które wywołane są natychmiastowem drażniącem działaniem fosgenu.

W fazie drugiej występuje złagodzenie lub skrycie się objawów podrażnienia. Faza złagodzenia objawów, w przypadkach nawet wybitnego uspokojenia, bywa często zdradliwą, dając lekarzowi i zatrutemu tylko złudzenie całkowitego powrotu do zdrowia. Nagle, po wysiłku fizycznym, po zabiegu chirurgicznym (narkoza) lub nawet bez widocznej przyczyny, rozwijają się ciężkie objawy fazy trzeciej.

Do najcharakterystyczniejszych objawów trzeciej fazy należy duszność; sinica zwykła lub blada, przyśpieszenie tętna ze spadkiem ciśnienia krwi skurczowego, nawroty gwałtownego, bolesnego kaszlu i wymiotów oraz pienista plwocina obrzękowa.

Rozpoznanie zatrucia nie przedstawia w przeważającej liczbie przypadków dużych trudności.

Wobec różnorodności postaci zatrucia rokowanie musi być bardzo ostrożne, szczególnie we wczesnych okresach zatrucia. Największa liczba zejść śmiertelnych przypada na pierwszą i drugą dobę, dochodząc do 80% zgonów. Po upływie 3-ch dni wypadki śmierci zdarzają się rzadko i są przeważnie wyrazem powikłania okresu toksycznego infekcją.

Ratownictwo i leczenie ostrych zatruć fosgenem przedstawia prelegent schematycznie, ponieważ uważa, że takie powinno być postępowanie lekarza i wychowanie pomocniczego personelu w odniesieniu do masowych epidemij chemicznych w czasie wojny. Orjentować się trzeba nietylko we wskazaniach ale również w posiadanych i przygotowanych środkach ratowniczych. Jak w każdym przypadku zatrucia prelegent odróżnia i omawia cel leczenia przyczynowego i objawowego. Trzonem postępowania ratowniczego jest usunięcie unieruchomionego zatrutego (na noszach i t. p.) z atmosfery zagazowanej, podtrzymanie działalności serca, upust krwi z żyły, tlenoterapja i ogrzewanie chorego.

2. Kol. Apfelbaum E. omówił „Badania nad zachowaniem się cukru we krwi w zakwaszeniu chlorkiem amonu".

Wyniki badań prelegenta są następujące:

1) Jednarozowe podanie chlorku amonu (w ilości 2 g) nie stanowi żadnego bodźca, któryby mógł wpływać swoiście na przebieg krzywej przecukrzenia pokarmowego krwi;

2) Przez zakwaszenie doświadczalne ustroju chlorkiem amonu prelegent uzyskał w pewnym okresie (najczęściej po 2—4 dniach zakwaszenia), warunki lepszej tolerancji węglowodanów, co ujawniło się w postaci korzystnych zmian w przebiegu krzywej przecukrzenia pokarmowego krwi;

3) W okresie końcowym zakwaszenia, o ile wystąpiły objawy stanu lekkiego niewyrównania kwasicy, warunki dla tolerancji węglowodanów stały się niekorzystne;

4) W przebiegu doświadczalnego zakwaszenia stopniowo wzrastało zużycie tlenu.

Wzrost zużycia tlenu w zestawieniu z obniżeniem się krzywej przecukrzenia pokarmowego krwi przemawia za możliwością polepszania się warunków spalania cukru w ustroju doświadczalnie zakwaszanym.

W dyskusji Kol. Grott J. W. (członek T-wa): Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że najlepsze działanie insuliny otrzymujemy w cukrzycy w stanach kwasicowych. Co się tyczy alkalizacji ustroju sodą, to dziś w kwasicy tego sposobu leczenia nie stosujemy ze względu na jego małą skuteczność, a nawet szkodliwość. Że w alkalozie insulina nie działa należycie, może służyć jako dowód doświadczenie wykonane na sobie samym przez Dra M. Goldblatta z kliniki Prof. H. Mac Leana. Dr. Goldblatt zapomocą głodówki wywołał u siebie silną acetonemję, podczas której wstrzyknięto mu do żyły roztwór sody, a następnie podano również insulinę. Wynik był fatalny, gdyż eksperymentator omal że nie przypłacił życiem swego doświadczenia.

Opierając się na doświadczeniach wykonanych razem z kol. Skotnickim zaznaczyć muszę, że u chorych na cukrzycę w okresie zakwaszania otrzymaliśmy w znacznej liczbie przypadków polepszenie się przemiany węglowodanowej.

Kol. Modrakowski J. (członek T-wa): Opierając się na pracy drukującej się w 12 numerze „Medycyny" (R. Lentz: Przebieg krzywych cukru krwi u ludzi w acydozie i alkalozie doświadczalnej), przedstawia typowe krzywe cukru krwi jednej i tej samej osoby w stanie normy, kwasicy salmjakowej oraz — alkalozy. W kwasicy cukier naczczo jest na poziomie znacznie wyższym, w alkalozie zaś — na niższym niż w normie. Po podaniu 50 g glukozy w normie podnosi się poziom cukru do prawidłowej wysokości, w godzinę później przyjęta druga porcja glukozy wywołuje tylko bardzo nieznaczne drugie podniesienie krzywej (fenomem Staub-Traugutta). W kwasicy niema zupełnie drugiego podniesienia, w alkalozie natomiast jest ono wyższe nawet od pierwszego, co charakteryzuje cukrzycę. Zjawisko Staub-Traugutta tłumaczy się wydzielaniem insuliny z trzustki pod wpływem pierwszej porcji glukozy. Z przytoczonych krzywych wynika więc, że regulacja poziomu cukru krwi pomimo wysokiej wartości naczczo w kwasicy jest sprawniejsza niż w normie, w alkalozie zaś wybitnie upośledzona. Wyraża się to także w bardzo szybkiem i stromem opadaniu krzywej w kwasicy aż znacznie poniżej punktu wyjścia, podczas gdy w alkalozie po 3 godzinach krzywa nie powróciła jeszcze do normy. Zachowanie się krzywej cukru krwi wskazuje na wzmożone wydzielanie insuliny podczas kwasicy, a zmniejszone podczas alkalozy. Przy przedłużaniu sztucznej kwasicy ponad kilka dni występuje, jak wiadomo, wskutek regulacji ustroju odczyn w stronę alkalozy. Było więc zgóry do przewidzenia, że w takich warunkach dojdzie do pogorszenia zużycia cukru. Początkowa „optymalna faza" prelegenta występuje pod wpływem istotnej kwasicy, druga faza zaś w następstwie przechodzenia kwasicy w stan alkalozy. Jest to jeden dowód więcej, że w celach leczniczych należy stosować zakwaszanie nie dłużej jak kilka dni, względnie robić odpowiednie przerwy w razie kilkakrotnego zakwaszenia.

Kol. Węgierko J.: Badając krzywe glikemiczne po podaniu 50 g cukru gronowego u chorych cukrzyczych najgorszej ich tolerancji węglowodanowej (ujemny bilans węglowodanowy) oraz w stanie wybitnej jej poprawy, doszedł do wniosku, że te dwa rodzaje krzywych mają wybitnie odmienny charakter.

Podczas gdy krzywa glikem. u chorych cukrzyczych zakwaszonych przebiega tak, jak u chorych z wybitnie złą tolerancją węglow., to u tychże chorych w stanie wybitnej ich poprawy, wspomniana krzywa przebiega tak, jak u ludzi z lepszą tolerancją węglow.

Wynik więc, że u cukrzyczych zakwaszenie pogarsza tolerancję węglow. Wychodząc z tego założenia musimy sądzić, zgodnie z twierdzeniem prof. Modrakowskiego, że zakwaszenie mobilizuje insulinę tylko w tych przypadkach, w których ona zmobilizowana być może, a więc u ludzi z prawidłową przemianą węglow., u cukrzyczych zaś, u których insuliny brak, mamy do czynienia z odmiennym efektem zakwaszenia.

Badania kol. Apfelbauma nasuwają nam również przypuszczenie, że zakwaszenie chlorkiem amonu ludzi z prawidłową przemianą węglow. — to dwa różne rodzaje zakwaszenia z odmiennym mechanizmem ich powstawania.

Kol. Apfelbaum E.: Pogląd prof. Modrakowskiego, że korzystny wpływ zakwaszenia się gospodarką węglowodanową odbywa się dzięki insulinie, nie stoi w żadnej kolizji z poglądem prelegenta o korzystniejszej tolerancji węglowodanowej pod wpływem zakwaszenia. Prelegent nie wyciąga zbyt daleko idących wniosków w zakresie bezpośrednich przyczyn tych zmian, lecz na podstawie swych badań wyraża jedynie przypuszczenie o możliwości lepszego spalania się cukru w ustroju zakwaszonym, co nie przeczy możliwości, że dzieje się to przez wzmożenie produkcji insuliny.

Sekretarz Doroczny: *Karol Chodkowski.*
Prezes: *Witold Orłowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych mianowany został dr. med. Bronisław Nakonieczników-Klukowski.

Doc. Dr. Sterling-Okuniewski z Warszawy został powołany na członka korespondenta Tow. dla zwalczania raka w Londynie.

Zmarli.

Dr. Józef Huszcza w Białymstoku.

Dr. Mieczysław Warzeszkiewicz, emer. dyrektor szpitala powszechnego w Tarnowie, zmarł 8. V. w Krakowie.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XV posiedzenie naukowe Tow. Lek. Lwowskiego odbyło się 12 maja b. r. Porządek dzienny: 1) Kol. Mączewski, człon. Twa: Sztuczna pochwa metodą Kirschner-Wagner po 2-letniej obserwacji (omówienie przypadku). 2) Kol. Meisels E., człon. Twa: Nowotwory kostne, część II-ga (wykład z przeźroczami).

IX posiedzenie Wydz. Lek. T. P. N. łącznie z Tow. Internistów Polskich, Oddział w Poznaniu odbyło się 12 maja 1933 r. z następującym porządkiem obrad: 1) Dr. W. Spychała: Nerwy presoodbiorcze krążenia i ich wpływ na serce. 2) Rozprawa nad wykładem Dr. Orzechowskiego z dnia 28 kwietnia.

Na posiedzeniu Akademji Medycyny w Paryżu 25. IV. b. r. zostały przedstawione prace dra W. Chodźki z Warszawy przez Acharda.

XIV. Zjazd międzynarodowy hydrologji, klimatologji i geologji lekarskiej zbierze się w Tuluzie 4—8 października b. r. Ze Zjazdem połączona będzie wystawa.

Sprawy zawodowe.

Dnia 30. IV. odbyło się w Warszawie Walne Zgromadzenie Zw. Lekarzy Państwa Polskiego. W wyniku ożywionej dyskusji przyjęto sprawozdanie władz Związku i uchwalono szereg rezolucyj dotyczących życia zawodowego lekarzy. W wyborach uzupełniających weszli do Zarządu Głównego jako członkowie: 1) Dr. Turski Antoni, 2) Dr. Metelski Norbert, 3) Dr. Grodecki Miłosz, 4) Dr. Hryniewiecki Stanisław, 5) Dr. Michalski Jerzy, 6) Dr. Rajgrodzki Norbert, 7) Dr. Kozłowski Zygmunt, 8) Dr. Rudzki Przemysław wszyscy z Warszawy, 9) Dr. Węgrzynowski Lesław (Lwów), 10) Dr. Starzyński Stanisław (Sosnowiec), 11) Dr. Koszutski Bronisław (Kalisz), 12) Dr. Piasecki Witold (Włocławek), 13) Dr. Zieliński Marcin (Kraków), 14) Dr. Kożuchowski Tomasz (Lublin), 15) Dr. Dymiński (Poznań). — Z przyjętych rezolucyj zasługuje na podkreślenie wezwanie do wszystkich kolegów, by starali się o ile możności stosować leki, środki opatrunkowe i narzędzia wyrobu krajowego jak również kierować swych chorych do uzdrowisk polskich.

Lwowski Okręg Związku Lekarzy Kas Chorych odbył Walne Zebranie 7. V. b. r. W sprawozdaniu zarządu przedstawiono prace nad projektem ustawy o scaleniu ubezpieczeń społecznych. Związek przedstawił w obszernych memorjałach uwagi krytyczne p. Ministrowi Opieki Społ. i ciałom ustawodawczym. Dążeniem Związku było wykazanie szkodliwości wyłączenia związków komunalnych i samorządowych z ubezpieczenia w ogólnych Kasach Chorych. Związek sprzeciwiał się również opłatom ze strony chorych za pomoc lekarską i leki; stanowisko to jednak, jak wiadomo, nie zyskało uznania. Niemniejszą uwagę zwrócono na projekt pragmatyki dla pracowników Kas Chorych, zajmując stanowisko, że nie może on dotyczyć lekarzy kasowych, których stosunek z kasami regulują osobne umowy. W roku sprawozdawczym przeprowadzono w zasadzie fuzję Okręgowych Związków Lekarzy Kas Chorych we Lwowie i Krakowie ze Związkiem Lekarzy P. P.; zawarta umowa jest podstawą rozbudowania wzajemnych stosunków, co wymagać będzie jeszcze wiele wspólnej pracy i dobrej woli z obu stron. W sprawie miesięcznika „Wiadomości Lekarskie" wyrażono na Zebraniu życzenie, by pismu temu nadać charakter fachowego czasopisma lekarskiego, poświęconego medycynie zawodowej, którego Polsce brak dotychczas. Zarząd wybrano w składzie dotychczasowym, bez większych zmian.

Medycyna społeczna.

Polski Instytut Badania Zagadnień Ludnościowych, który powstał w r. 1931 równolegle do Międzynarodowej Unji, rozpisał ankietę, w której zwrócił się do lekarzy, prosząc o zakomunikowanie spostrzeżeń nad rozrodczością. Ankieta nie jest jeszcze ukończona. Według dotychczasowych odpowiedzi pochodzących ze wszystkich okolic Polski, przejawia się we wszystkich warstwach ludności tak w miastach jak i po wsiach niechęć do większej ilości dzieci. Częściej niż środki zapobiegawcze stosuje się przerywanie ciąży i to sposobami czasem wprost barbarzyńskiemi. Tendencje te wzrastają obecnie w latach trudności gospodarczych.

Związek Kas Chorych okólnikiem z dnia 17 stycznia b. r. zarządził przeprowadzenie badań młodocianych we wszystkich Kasach Chorych. Ze względu na zapobiegawczą wartość tych badań Kasy Chorych winny być w ścisłym kontakcie z inspektorami pracy, którzyby w ten sposób mieli możność kierowania większej liczby młodocianych do badań lekarskich. Ponieważ drobne zakłady rzemieślnicze i przemysłowe nie są włączone do rejestrów inspekcji pracy, przeto młodociani, pracujący dość licznie w tych zakładach, mogliby uniknąć tych badań, co byłoby sprzecznem z dążeniami zapobiegawczemi. By uniknąć nierównomiernego traktowania młodocianych wielkich i małych zakładów przemysłowych i rzemieślniczych, Związek Kas Chorych wydał odpowiednie przepisy.

Różne.

Tymczasowy wydział samorządowy we Lwowie zarządził pobór specjalnych dopłat na utrzymanie szpitali krajowych w 4-ch województwach Małopolski na rok 1933/4. Dopłaty te, wynoszące łącznie 2,200.000 zł służyć będą na pokrycie części niedoboru budżetowego w dziale szpitalnictwa. Za podstawę rozkładu dopłat na poszczególne miasta i powiatowe związki komunalne wzięta będzie przeciętna roczna ilość dni leczenia w ostatniem trzechleciu według przynależności leczonych do każdego miasta wzgl. powiatu. Zarządy miast i powiatowych związków komunalnych obowiązane są przypadające na nie dopłaty wstawić do swych budżetów i pokryć je ze swych ogólnych dochodów. Dopłaty winny być uiszczane w 6 ratach.

Na ostatniem Posiedzeniu Zarządu Polskiego Komitetu do zwalczania raka postanowiono utworzyć przy Towarzystwie Eugenicznem poradnię eugeniczną przeciwrakową. Porad udzielać będzie Doc. Sterling-Okuniewski.

Sprawa organizacji Ogólnopolskiej Ligi Przeciwrakowej postępuje stale naprzód. Przystąpiono do tworzenia Komitetów Przeciwrakowych w większych miastach Rzeczypospolitej. Mianowicie: Prof. Bocheński i Dr. Meisels organizują we Lwowie. Doc. Dr. Oszacki w Krakowie, oraz Prof. Kowalski w Poznaniu.

Związek Kas Chorych uruchomił Ośrodek skórnych chorób zawodowych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie. Ordynatorem jest dr. Bernhard. Ośrodek składa się z przychodni i oddziału szpitalnego dla mężczyzn i kobiet.

Komunikaty.

Tow. Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu następujących nagród i zapomóg konkursowych: a) z funduszu im. małż. Sieragowskich, następującym osobom: 1) Dr. A. Fidlerowi, 2) Doc. F. Goeblowi, 3) Doc. Z. Zweibaumowi, 4) D-rom. Millerowi i Konorskiemu za całokształt prac z dziedziny biologji i medycyny doświadczalnej. — b) z funduszu im. Dra Feliksa Sommera: 1) Drowi J. R. Węgierce — za pracę p. t.: Badania nad wydzielaniem żółci wątrobowej. 2) Doc. L. Karwackiemu — za pracę p. t.: Prątek gruźliczy jako postać rozwojowa grzybka.